

Formulario de Siniestro - VIDA
Denuncia de Muerte / Muerte Accidental

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

Sexo: M F DNI/CUIL: _____ Nro. de Póliza: _____

Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Estado civil: _____

Último Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Ocupación que tenía a la fecha de fallecimiento: _____

Nombre del contratante: _____

¿El Asegurado tiene pólizas de vida contratadas en otras compañías? SI NO

¿En cuál / cuáles? Compañía: _____ Suma asegurada: \$ _____

Compañía: _____ Suma asegurada: \$ _____

Cobertura Denunciada (*) Adjuntar copia legalizada de la partida de defunción.

Muerte - Causa: _____

Muerte Accidental (*) Adjuntar copia del Sumario Judicial.

Datos del Denunciante

Apellido y Nombres: _____

Sexo: M F DNI/CUIL: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Relación con el Asegurado: _____ Estado civil: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____

Celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

¿Conocía usted la existencia del Seguro? SI NO ¿Desde cuándo? _____

¿Es Beneficiario del Seguro? SI NO ¿Desde cuándo? _____

Detalle del Siniestro

Fecha: ___ / ___ / ___ Hora: ___ : ___ Lugar donde ocurrió el siniestro: _____

Breve descripción del hecho ocurrido:

(*) Para agilizar la tramitación del beneficio, quien haya sido designado Beneficiario deberá adjuntar: copia de la 1ª y 2ª hoja del DNI y una nota detallando la modalidad de cobro que desea:

Acreditación en cuenta del Banco Columbia (adjuntar comprobante de CBU firmado por apoderado del banco)

Acreditación en cuenta de otro banco (adjuntar comprobante de CBU firmado por apoderado del banco)

Cheque "no a la orden"

LUGAR		
FECHA ___ / ___ / ___	FIRMA DEL DENUNCIANTE	ACLARACIÓN DE FIRMA