

# DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE SEPELIO

Póliza N° \_\_\_\_\_

Fecha de Denuncia \_\_\_\_\_

Importante: Verificar en las condiciones de la póliza si se ha contratado la cobertura del hecho que se denuncia. Para que la denuncia sea válida, todos los campos deben ser completados en su totalidad. La póliza no deberá registrar deuda; vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible indicado en las Condiciones Particulares sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 hs. del día del vencimiento impago. Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora 0 hs. del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido. No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto que no esté totalmente cancelado el premio anterior.

## DATOS DEL CONTRATANTE

Contratante \_\_\_\_\_ CUIT N° \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. /Ofic. \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Firmante: Apellido y Nombres \_\_\_\_\_ Documento tipo N° \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_

## ASEGURADO TITULAR

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_ Documento tipo N° \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Domicilio Real: Calle \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Relación Con el Contratante \_\_\_\_\_ Profesión, oficio, industria o actividad principal que realiza \_\_\_\_\_

## ASEGURADO SINIESTRADO (marcar lo que corresponda)

Titular

Cónyuge

Hijos

Padres

## DATOS DEL SINIESTRO

Apellido y Nombre del Siniestrado \_\_\_\_\_ Documento tipo N° \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Siniestro \_\_\_\_\_ Causa De Fallecimiento \_\_\_\_\_

## DATOS DEL BENEFICIARIO (COMPLETAR SOLO EN LOS CASOS DE REINTEGRO DE GASTOS)

Beneficiario \_\_\_\_\_ Documento tipo N° \_\_\_\_\_ CUIL \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

## Declaración jurada

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son exactos en todas sus partes. "La recepción de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo".

Documentación a presentar en forma adjunta :

Certificado de Defunción, Factura original de Servicio de Sepelio, en la cual se detalle sobre quién fue efectuado dicho servicio; Constancia de Conformidad de Servicio de Sepelio firmada por familiar responsable; en caso de solicitar reintegro por traslado (de constituir riesgo cubierto en póliza), Factura de Traslado original indicando origen, destino y kilometraje recorrido.

Firma y Aclaración del Contratante/Asegurado