

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, código postal): _____

D.N.I./L.E./L.C.: _____ | C.I.: _____ | Edad: _____ | Sexo: F M

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

Profesión/Actividad: _____ | Teléfono: _____

Datos de la Póliza

Número: _____ | Certificado N: _____ | Ramo: _____

Contratante del seguro: _____ | Capital Asegurado: \$ _____

Antecedentes del Asegurado

Fecha de ingreso al seguro / / _____ | N° de legajo: _____

Fecha de fallecimiento / / _____ | Fecha del accidente: / / _____

Datos del Siniestro

Lugar del accidente: _____ | Fecha: / / _____ | Hora: _____

Descripción del accidente: _____

Detallar las lesiones y secuelas derivadas del accidente: _____

Datos del Reclamo

Detallar los comprobantes que conforman el importe reclamado (de ser necesario incluir anexo): _____

Datos de los Beneficiarios

Apellido y Nombres (*)	Parentesco	Tipo y N° Doc. Identidad (*)	Nacimiento
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____

(*) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, provincia, código postal): _____

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

Lugar y fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

a) _____
Firma o impresión digital del Beneficiario

b) _____
Firma o impresión digital del Beneficiario

c) _____
Firma o impresión digital del Beneficiario