

**Informe del Contratante/beneficiario**

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros 17418, el asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo.

Póliza N°	Siniestro N°

**Datos del contratante**

Razón Social: \_\_\_\_\_ CUIT / CUIL: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_  
 Domicilio laboral: \_\_\_\_\_

**Datos del asegurado**

Apellido y nombre (completos): \_\_\_\_\_  
 DNI / CUIL: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: / /  
 Sexo: M  F  Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

**Datos del denunciante**

Apellido y nombre (completos): \_\_\_\_\_  
 DNI / CUIL: \_\_\_\_\_ Vínculo con el asegurado: \_\_\_\_\_  
 Domicilio Particular: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_  
 C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

**Datos del siniestro**

Fecha de ocurrencia: / / Hora: \_\_\_\_\_ Capital asegurado: \_\_\_\_\_  
 Lugar del fallecimiento: \_\_\_\_\_  
 Causas del Fallecimiento: \_\_\_\_\_

**Beneficiarios**

Apellidos y Nombres (completo)	Tipo y N° de Documento	Edad	Porcentaje

*(Adjuntar constancia del C.B.U. emitida por la entidad (22 dígitos) y constancia de CUIL de cada uno de los beneficiarios).*

**Observaciones**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Deberán acompañar junto al presente Formulario la siguiente documentación:**

- Tres últimos recibos de haberes y Certificado de trabajo del asegurado, si correspondiera.
- Copia legalizada de Certificado de Defunción.
- Informe médico por fallecimiento - Declaración del Médico Asistente.
- Formulario original de designación de beneficiarios y copia de DNI de el/los mismos.

**IMPORTANTE:** en caso de muerte accidental agregar a la documentación detallada más arriba copia completa de Causa Penal y incluyendo dosaje toxicológico y Sumario Policial.

**SMSV Compañía Argentina de Seguros S.A.** no considerará que haya finalizado con la denuncia de siniestro, aun cuando reciba el presente formulario, hasta tanto reciba toda la documentación solicitada en el mismo.

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

<b>Lugar y fecha</b>	<b>Firma del denunciante</b>	<b>Aclaración</b>
----------------------	------------------------------	-------------------