

DENUNCIA DE SINIESTRO
SEGURO DE SEPELIO COLECTIVO

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A COMPAÑÍA DE SEGURO
NRO. DE SINIESTRO		

DATOS DEL TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL Sindicato de Choferes de Camiones de Buenos Aires																			
	TIPO DE DOCUMENTO: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ CUIT					NRO.:		3	0	-	5	3	3	1	4	9	4	5	-	2
	CALLE San Jose					NRO.		1775		PISO		-		D.T.O.		-				
	CÓD. POSTAL C1076AAX		LOCALIDAD C.A.B.A.			PROVINCIA		-		TELÉFONO 011 4378-1000										

DATOS DEL ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES																			
	TIPO DE DOCUMENTO: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ CUIT					NRO.:				-									-	
	CALLE					NRO.				PISO				D.T.O.						
	CÓD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA														
	N° DE AFILIADO		FECHA DE AFILIACION		EMPRESA		OCUPACION													
	CAUSA DEL FALLECIMIENTO				FECHA DE OCURRENCIA		¿POSEE OTRO SEGURO DE SEPELIO? ☐ NO ☐ SI EN QUÉ COMPAÑÍA _____													

DATOS DEL DENUNCIANTE	REINTEGRO DENUNCIADO POR: ☐ BENEFICIARIO ☐ EMPRESA DE SERV. DE SEPELIO																		
	APELLIDO Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL																		
	TIPO DE DOCUMENTO: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ CUIT					NRO.:				-								-	
	CALLE					NRO.				PISO				D.T.O.					
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD		PROVINCIA		TELÉFONO											

A COMPLETAR POR CAMINOS PROTEGIDOS COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.																				
<table><tr><th colspan="3">DOCUMENTACION</th></tr><tr><td>Certificado de Defunción Legalizado</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>Certificado del Empleador</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>Ultimo Recibo de Haberes</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>Factura del Servicio de Sepelio (Original)</td><td>SI</td><td>NO</td></tr><tr><td>Certificado de Parentesco (En caso de corresponder)</td><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>			DOCUMENTACION			Certificado de Defunción Legalizado	SI	NO	Certificado del Empleador	SI	NO	Ultimo Recibo de Haberes	SI	NO	Factura del Servicio de Sepelio (Original)	SI	NO	Certificado de Parentesco (En caso de corresponder)	SI	NO
DOCUMENTACION																				
Certificado de Defunción Legalizado	SI	NO																		
Certificado del Empleador	SI	NO																		
Ultimo Recibo de Haberes	SI	NO																		
Factura del Servicio de Sepelio (Original)	SI	NO																		
Certificado de Parentesco (En caso de corresponder)	SI	NO																		
CAMINOS PROTEGIDOS COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. está facultada para solicitar la documentación faltante, motivo por el cual quedará interrumpido el plazo para el pago del siniestro.																				

- La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto se especifique su carácter optativo.
- Los datos suministrados a través de la presente serán registrados y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "CAMINOS PROTEGIDOS COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A."

LUGAR: _____	FIRMA DEL BENEFICIARIO	FIRMA AUTORIZANTE
FECHA: ____/____/____		