



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**

Form. 970

DENUNCIA DE SINIESTRO SEGUROS DE PERSONAS

SECCION 12 - ACCIDENTES PERSONALES
SECCION 17 - VIDA OBLIGATORIO
SECCION 18 - VIDA COLECTIVO
SECCION 19 - VIDA INDIVIDUAL

Esta denuncia debe ser completada en todas sus partes sin omitir contestación alguna

Siniestro N°	Cliente N°	Póliza N°	Certificado N°
Vigencia desde	Hasta	Productor	Agencia

A) DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

Apellido y Nombre o Razón Social:		DNI/CUIT:	
Domicilio calle:	Localidad	Provincia	
Teléfono:	Correo electrónico:		
Si es Persona Jurídica: Apellido y nombre del Representante Legal:			DNI:
Domicilio calle:	Localidad	Provincia	
Teléfono:	Correo electrónico:		

B) DATOS DEL ACCIDENTADO / FALLECIDO / INVALIDADO

En caso que el accidentado/fallecido/invalidado sea el tomador o contratante, completar a partir del dato fecha de nacimiento

Apellido y Nombre:		D.N.I.:	CUIL:
Domicilio calle:	Localidad	Provincia	
Teléfono:	Correo electrónico:		
Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:	Nacionalidad:	
Lugar de Nacimiento:	Profesión:		
Indicar las tareas habituales realizadas:			

C) DATOS LABORALES

Lugar de trabajo (establecimiento):			
Domicilio calle:	Localidad	Provincia	
Jornada habitual de trabajo desde:	Hasta:	Días:	

D) DATOS DEL BENEFICIARIO (EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO)

Apellido y Nombre:		D.N.I.:
Parentesco/Relación con el Asegurado:		
Domicilio:	Teléfono:	
(Adjuntar formulario de designación)		

E) CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL SINIESTRO

Fecha del evento: Día	Mes	Año	Hora
Lugar donde ocurrió el mismo:			
Circunstancia en que se produjo: (Detalle amplio)			
¿Cuál fue la causa directa del evento?:			
Consecuencias:	Fallecimiento	Lesiones	Invalidez
Partes del cuerpo lesionada:			
Lesión sufrida: (Llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, etc.)			
Fecha en que abandonó el trabajo:	Día:	Mes:	Año: Hora:

F) INTERVENCIÓN POLICIAL / JUDICIAL

¿Se instruyó sumario policial?
¿A qué autoridad fue elevada?
Si existe causa penal indicar carátula y juzgado donde tramita:
Denunciante:
Domicilio:

G) OBSERVACIONES

12
17
18
19

Confeccionada (Lugar y fecha):

Presentada a la compañía (Lugar y fecha):

Formulo la presente Denuncia en calidad de: CONTRATANTE ASEGURADO BENEFICIARIO

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Firma

Importante:

En función de la reglamentación vigente (Art. 9° de la Resolución Normativa ARBA N° 091/2010) en caso de siniestro en que le beneficiario sea una persona distinta a aquella que abonó la prima del seguro, esta aseguradora se encuentra obligada a requerir la presentación de la Declaración Jurada del Impuesto a la Transmisión Gratuita de Bienes y, de corresponder, la acreditación del pago del tributo; lo cual deberá cumplimentar el beneficiario como un requisito adicional a los establecidos por la Compañía para ser indemnizado.

PARA USO INTERNO DE FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Muerte

Invalidez

Renta Diaria

Asist. Médica

a) Suma Asegurada

b) Vigencia: Desde

Hasta

c) Estado de deuda premio a fecha de siniestro - con cobertura

SI NO

d) ¿La persona se encuentra nominada en póliza?

SI NO

¿Desde qué fecha?:

e) ¿Es un riesgo cubierto?

SI NO

DOCUMENTACIÓN PENDIENTE DE ENTREGA. (detallar)

¿Fue solicitada al denunciante?

SI NO

Observaciones

Analista

Firma

Aclaración