



DENUNCIA DE SINIESTRO POR FALLECIMIENTO
SEGURO DE SEPELIO COLECTIVO
REINTEGRO DE GASTOS

1. Datos del Asegurado/a fallecido

Nombre y Apellido del asegurado/a : _____

_____ N° de D.N.I _____.

Indique si se trata del titular o del cónyuge: _____.

2. Datos del siniestro

Causa del fallecimiento*: _____

*Indique la causa de fallecimiento (enfermedad/accidente/suicidio/homicidio)

Lugar del fallecimiento: _____

Fecha del fallecimiento: _____ / _____ / _____

3. Datos del denunciante y beneficiario:

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Estado Civil: _____ N° de DNI: _____

Domicilio: Calle _____

Nro.: _____ Piso _____ Depto _____ Localidad: _____

Provincia: _____ C.P.: _____

Teléfono Particular: () _____ Celular () _____

Correo Electrónico: _____ @ _____ .com.ar

(tachar en caso que no corresponda el .ar)

4. Documentación para el pago de Reintegro de Gastos:



- Constancia de la Cocheria donde nos indique que no va a facturar al El Surco Cia. De Seguros S.A , o en su defecto , factura a nombre de la persona que abono el Servicio con la indicación del nombre y apellido y DNI del difunto.
- Partida de defunción;
- Recibo de haberes del titular del mes anterior a la fecha de fallecimiento, donde figure el descuento correspondiente a la cuota sindical
- Acreditación de vínculo en caso de corresponder
- DNI del beneficiario
- Comprobante bancario del CBU del beneficiario
- Toda la documentación, podrá enviarse a la siguiente dirección de email:
beneficios@soeme.com.

ACLARACION: En caso de considerar necesario, el Tomador y/o la aseguradora, presentar la documentación legalizada, la misma deberá estar certificada por Juez de Paz, Escribano Publico o autoridad designada por alguno de las instituciones mencionadas.

En el caso que la causal de fallecimiento, sea de origen traumático, deberá remitirse la constancia policial o judicial, mediante las cuales relate en forma pormenorizada los hechos que provocaron el deceso del asegurado y aclare expresamente si fue accidente, suicidio u homicidio.

5. Datos bancarios del beneficiario para el pago del siniestro:

CUIL del Beneficiario (el mismo está compuesto de 11 dígitos): _____

Banco: _____ Sucursal: _____

Tipo de Cuenta (Indicar si es una Caja de Ahorro o Cuenta Corriente): _____

Comprobante de CBU (el mismo está compuesto de 22 dígitos): _____

Aclaración: Se deja expresa constancia que para el pago del siniestro por medios electrónicos la cuenta bancaria denunciada deberá ser de titularidad del beneficiario del pago.

NOTA: La recepción de este formulario no significa la aceptación del siniestro por parte de la Compañía. Cuando los espacios provistos para las respuestas resulten insuficientes, favor de consignar los detalles que considere relevantes de este formulario en hoja aparte.

Esta declaración se formula por la persona o personas a quienes corresponde cobrar el importe del seguro.

El beneficiario declara bajo juramento, que a la fecha no tiene conocimiento de la existencia de otro derechohabiente o heredero legal del fallecido. Asimismo se obliga a reintegrar la parte proporcional que corresponda, más sus intereses, en caso de que se presente al cobro de la suma asegurada otro heredero legal y/o derechohabiente del fallecido.-

Firma del Beneficiario

_____/_____/20_____
Fecha