

# DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE



**INSTITUTO  
DE SALTA**

SEGUROS DE VIDA

España N° 943 - Tel.: 0-800-888-7090  
(A4400ANU) Salta - [www.institutovida.com.ar](http://www.institutovida.com.ar)

**IMPORTANTE:** La correcta y total cumplimentación del presente formulario, que deberá remitirse al **Instituto de Salta** con original del testimonio de defunción, evitará consultas posteriores y acelerará la liquidación del siniestro.

## 1. DATOS COMPLETOS DEL ASEGURADO

Apellido y nombre: ..... D.N.I. N°: ..... F. de Nac.: ..... /..... /.....  
Estado civil: ..... Fecha de fallecimiento: ...../...../..... Lugar de fallecimiento: .....  
Causa del fallecimiento: .....

## 2. DATOS DE PÓLIZA (Para uso interno de la Compañía)

Seguro: .....	Póliza N°.....	Capital asegurado \$.....	Código	<input type="text"/>
Seguro: .....	Póliza N°.....	Capital asegurado \$.....	Código	<input type="text"/>
Seguro: .....	Póliza N°.....	Capital asegurado \$.....	Código	<input type="text"/>
Seguro: .....	Póliza N°.....	Capital asegurado \$.....	Código	<input type="text"/>
Seguro: .....	Póliza N°.....	Capital asegurado \$.....	Código	<input type="text"/>

## 3. DATOS COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS

Apellido y nombre: ..... Parentesco: .....  
D.N.I.: ..... Fecha de nacimiento: ..... /..... /..... Tel. Cel.: ..... CUIL: .....  
Domicilio completo: ..... Barrio: .....  
Localidad: ..... Provincia: ..... C.P.: ..... E-mail: .....  
Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a enviar notificaciones de siniestros, a la dirección de e-mail informada, las que se considerarán comunicaciones fehacientes.

Código/s:.....

Forma de pago:  Cheque  Acreditación por CBU (a)  Remesa a .....

Banco: ..... Tipo de cuenta:  Caja de Ahorro  Cta. Corriente N° .....

CBU N° (a): .....

(a) Una vez efectuado el depósito de la cuenta indicada, declaro no tener más que reclamar a Instituto de Salta Seguros de Vida S.A.U. por el pago referido.

Firma: .....

Apellido y nombre: ..... Parentesco: .....  
D.N.I.: ..... Fecha de nacimiento: ..... /..... /..... Tel. Cel.: ..... CUIL: .....  
Domicilio completo: ..... Barrio: .....  
Localidad: ..... Provincia: ..... C.P.: ..... E-mail: .....  
Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a enviar notificaciones de siniestros, a la dirección de e-mail informada, las que se considerarán comunicaciones fehacientes.

Código/s:.....

Forma de pago:  Cheque  Acreditación por CBU (a)  Remesa a .....

Banco: ..... Tipo de cuenta:  Caja de Ahorro  Cta. Corriente N° .....

CBU N° (a): .....

(a) Una vez efectuado el depósito de la cuenta indicada, declaro no tener más que reclamar a Instituto de Salta Seguros de Vida S.A.U. por el pago referido.

Firma: .....

Apellido y nombre: ..... Parentesco: .....  
D.N.I.: ..... Fecha de nacimiento: ..... /..... /..... Tel. Cel.: ..... CUIL: .....  
Domicilio completo: ..... Barrio: .....  
Localidad: ..... Provincia: ..... C.P.: ..... E-mail: .....  
Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a enviar notificaciones de siniestros, a la dirección de e-mail informada, las que se considerarán comunicaciones fehacientes.

Código/s:.....

Forma de pago:  Cheque  Acreditación por CBU (a)  Remesa a .....

Banco: ..... Tipo de cuenta:  Caja de Ahorro  Cta. Corriente N° .....

CBU N° (a): .....

(a) Una vez efectuado el depósito de la cuenta indicada, declaro no tener más que reclamar a Instituto de Salta Seguros de Vida S.A.U. por el pago referido.

Firma: .....

Apellido y nombre: ..... Parentesco: .....

D.N.I.: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Tel. Cel.: ..... CUIL: .....

Domicilio completo: ..... Barrio: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... C.P.: ..... E-mail: .....

Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a enviar notificaciones de siniestros, a la dirección de e-mail informada, las que se considerarán comunicaciones fehacientes.

Código/s:.....

Forma de pago:  Cheque  Acreditación por CBU (a)  Remesa a .....

Banco: ..... Tipo de cuenta:  Caja de Ahorro  Cta. Corriente N° .....

CBU N° (a): .....

(a) Una vez efectuado el depósito de la cuenta indicada, declaro no tener más que reclamar a Instituto de Salta Seguros de Vida S.A.U. por el pago referido.

Firma: .....

---

Apellido y nombre: ..... Parentesco: .....

D.N.I.: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Tel. Cel.: ..... CUIL: .....

Domicilio completo: ..... Barrio: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... C.P.: ..... E-mail: .....

Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a enviar notificaciones de siniestros, a la dirección de e-mail informada, las que se considerarán comunicaciones fehacientes.

Código/s:.....

Forma de pago:  Cheque  Acreditación por CBU (a)  Remesa a .....

Banco: ..... Tipo de cuenta:  Caja de Ahorro  Cta. Corriente N° .....

CBU N° (a): .....

(a) Una vez efectuado el depósito de la cuenta indicada, declaro no tener más que reclamar a Instituto de Salta Seguros de Vida S.A.U. por el pago referido.

Firma: .....

---

Apellido y nombre: ..... Parentesco: .....

D.N.I.: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Tel. Cel.: ..... CUIL: .....

Domicilio completo: ..... Barrio: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... C.P.: ..... E-mail: .....

Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a enviar notificaciones de siniestros, a la dirección de e-mail informada, las que se considerarán comunicaciones fehacientes.

Código/s:.....

Forma de pago:  Cheque  Acreditación por CBU (a)  Remesa a .....

Banco: ..... Tipo de cuenta:  Caja de Ahorro  Cta. Corriente N° .....

CBU N° (a): .....

(a) Una vez efectuado el depósito de la cuenta indicada, declaro no tener más que reclamar a Instituto de Salta Seguros de Vida S.A.U. por el pago referido.

Firma: .....

---

Apellido y nombre: ..... Parentesco: .....

D.N.I.: ..... Fecha de nacimiento: ..... / ..... / ..... Tel. Cel.: ..... CUIL: .....

Domicilio completo: ..... Barrio: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... C.P.: ..... E-mail: .....

Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a enviar notificaciones de siniestros, a la dirección de e-mail informada, las que se considerarán comunicaciones fehacientes.

Código/s:.....

Forma de pago:  Cheque  Acreditación por CBU (a)  Remesa a .....

Banco: ..... Tipo de cuenta:  Caja de Ahorro  Cta. Corriente N° .....

CBU N° (a): .....

(a) Una vez efectuado el depósito de la cuenta indicada, declaro no tener más que reclamar a Instituto de Salta Seguros de Vida S.A.U. por el pago referido.

Firma: .....

**Observaciones:**

.....  
.....  
.....