

Formulario Siniestros

Muerte Natural o Accidental

Datos del que Suscribe (persona que hace el reclamo del siniestro – puede o no ser el beneficiario)

Nombre: _____ C.I.: _____

Dirección: _____ Nro. de Casa: _____

Barrio: _____

Ciudad: _____ Departamento: _____

Teléfono Fijo: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Relación con el asegurado: _____

Datos del Asegurado de la Póliza

Sección: _____ Póliza: _____ Siniestro: _____

Nombre: _____ C.I.: _____

Fecha de Siniestro: _____ Lugar de Siniestro: _____

Seleccione según corresponde☐ Muerte Natural del Asegurado☐ Muerte Accidental del Asegurado☐ Muerte del Cónyuge**Relato de lo ocurrido (causa de la muerte)**

El que suscribe responsablemente declara bajo fe de juramento que las informaciones y datos consignados son completos y se ajustan enteramente a la verdad, y que no se ha hecho omisión u ocultamiento intencional de hechos o informaciones relacionadas con el siniestro referido. Por lo tanto acepta, que cualquier omisión voluntaria o declaración falsa exonerará al Asegurador del pago de indemnización de conformidad a las disposiciones legales vigentes. (El presente formulario será llenado en su totalidad).

En todos los casos en que el Asegurado y/o Beneficiario reciban indemnización bajo las coberturas de Muerte o Incapacidad, se deberá abonar la prima íntegra, por lo que todas las cuotas pendientes hasta el fin de vigencia de la póliza serán deducibles del monto de la indemnización.

Lugar y Fecha_____
Firma_____
Aclaración

SEG 00001 V2 11/2023

#estamoscercatuyo

**Contacto Atención**
Seguros Tel.: (021) 617 1818

atencion@itauseguros.com.py

Avda Sta Teresa c/ Herminio Maldonado
Paseo La Galería - Torre 2 - Piso 1