

Póliza Nº

### Datos del asegurado

Apellido y nombres \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Documento Nº \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
CP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Ocupación actual: \_\_\_\_\_ Desde cuándo? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Ocupación que tenía en la fecha en que solicitó el seguro: \_\_\_\_\_

### Datos del denunciante

(En caso de ser asegurado no se completa el resto)

Carácter del denunciante: \_\_\_\_\_ Vínculo con el asegurado \_\_\_\_\_  
Apellido y nombres \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Documento Nº \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Provincia \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono/s de contacto: \_\_\_\_\_

### Siniestro denunciado

- Renta diaria por internación  
 Convalecencia domiciliaria

Fecha en la que comenzó la internación o convalecencia domiciliaria: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Fecha de alta de la internación o convalecencia domiciliaria: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Motivo de la internación o convalecencia domiciliaria: \_\_\_\_\_

Establecimiento donde se produjo la internación: \_\_\_\_\_

Si la internación o convalecencia domiciliaria se produjo debido a un accidente complete lo siguiente:

- ¿El asegurado trabajaba cuando ocurrió el accidente?
- ¿Cuándo ocurrió el accidente? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ hora \_\_\_ : \_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_
- Breve descripción del accidente: \_\_\_\_\_

(Sigue en Hoja 2)

---

### **Documentación**

---

Indique que documentación adjunta:

- Historia clínica de la internación
- Declaración del médico asistente
- Fotocopia primeras dos páginas del DNI del asegurado
- Sumario policial
- Causa penal

---

### **Datos para el cobro**

---

En caso de corresponder el pago indemnizatorio, solicitamos que el mismo sea acreditado en:

CA/CC N° \_\_\_\_\_ CBU N° \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

En cumplimiento del régimen vigente en materia de control y prevención del lavado de dinero, deixo expresa constancia con carácter de Declaración Jurada que los fondos con los que opero son provenientes de actividades lícitas y se originan en (Actividad financiera) según lo establecido en la Ley N° 25.246.

También declaro bajo juramento que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias en materia de control y prevención del lavado de dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de control y prevención del lavado de dinero, y de conformidad con lo previsto en el Artículo I de la Resolución N° 230/2011 de la UIF, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador/Beneficiario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información requerida a los fines de la normativa citada no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo 21 inciso c) de la Ley 25.246.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del asegurado o denunciante