

## Formulario de Denuncia de Siniestro

### Seguro Integral de Accidentes

Póliza N°: \_\_\_\_\_ Fecha de ocurrencia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Hora de ocurrencia: \_\_\_ :

#### Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  DNI/CUIL: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfonos: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ / ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Ocupación que tenía en la fecha en que solicitó el seguro: \_\_\_\_\_

Ocupación actual: \_\_\_\_\_ Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Otros seguros de vida contratados: Compañía: \_\_\_\_\_ Suma asegurada: \$ \_\_\_\_\_

Compañía: \_\_\_\_\_ Suma asegurada: \$ \_\_\_\_\_

#### Datos del Denunciante

Carácter del Denunciante: \_\_\_\_\_ *(en caso de ser Asegurado no se completa el resto)*

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  DNI/CUIL: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfonos: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ / ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

#### Siniestro Denunciado

Muerte

Renta diaria por internación

Muerte por Accidente

Internación en terapia intensiva

Convalecencia domiciliaria

Breve descripción del hecho, incluyendo lugar de ocurrencia:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Documentación que se adjunta

Historia clínica

Causa penal

Protocolo de internación

Dictamen médico

Fotocopia primeras dos páginas del DNI del Asegurado

**Datos para el cobro**

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

Banco \_\_\_\_\_ N° de cuenta: \_\_\_\_\_ CA  CC

CBU N° (22 dígitos): \_\_\_\_\_

*(En caso de ser más de un Beneficiario adjuntar nota individual con la elección del lugar de cobro)*

EN CUMPLIMIENTO DEL RÉGIMEN VIGENTE EN MATERIA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DEL LAVADO DE DINERO, DEJO 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, Y DE CONFORMIDAD CON LO PREVISTO EN EL ARTÍCULO 1 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		
FECHA ____ / ____ / ____	FIRMA DEL DENUNCIANTE	ACLARACIÓN DE FIRMA