

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
- Muerte por Accidente
- Renta diaria por internación
- Internación en terapia intensiva
- Convalecencia domiciliaria

Breve descripción del hecho, incluyendo lugar de ocurrencia:

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

**Documentación que se adjunta**

- Historia clínica
- Protocolo de internación
- Causa penal
- 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. 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 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