

Póliza N°

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Documento N°: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Teléfonos 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: M  F

Documento N°: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Teléfonos contacto: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN**

- 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, 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 NO 25.246. TAMBIÉN DECLARO BAJO JURAMENTO QUE TENGO CONOCIMIENTO DE LA LEY NO 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 NO 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.

1123COD0 11/2023

LUGAR		
FECHA ____ / ____ / ____	FIRMA DEL DENUNCIANTE	ACLARACIÓN