

Póliza Nº \_\_\_\_\_ Suma asegurada según póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Denuncia: \_\_\_\_\_

**Importante:** Verificar en las condiciones de la póliza si se ha contratado la cobertura del hecho que se denuncia. Para que la denuncia sea válida, todos los campos deben ser completados en su totalidad. La póliza no deberá registrar deuda; vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible indicado en las Condiciones Particulares sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de vencimiento impago. Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora 0 del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido. No entrará en vigencia la cobertura de ninguna facturación en tanto que no esté totalmente cancelado el premio anterior.

### DATOS DEL CONTRATANTE

Contratante: \_\_\_\_\_ C.U.I.T.: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto/Ofic: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Firmante Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Documento Tipo: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_

Puesto: \_\_\_\_\_

### ASEGURADO TITULAR

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_ Documento tipo: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Legajo: \_\_\_\_\_ Relación con el contratante: \_\_\_\_\_ Última remuneración percibida: Fecha: \_\_\_\_\_ Importe: \_\_\_\_\_

Domicilio real, calle: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_

Profesión, oficio, industria o actividad principal que realiza: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### SINIESTRO QUE SE DENUNCIA

Fallecimiento (indicar quién) Cony.: \_\_\_\_\_ Titular: \_\_\_\_\_  Hijo Póstumo Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Pérdidas parciales por acc. Cony.: \_\_\_\_\_ Titular: \_\_\_\_\_  Invalidez total y permanente

Enfermedad terminal Cony.: \_\_\_\_\_ Titular: \_\_\_\_\_  Muerte Conjunta

Transplante Órgano: \_\_\_\_\_ Cony.: \_\_\_\_\_ Titular: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SINIESTRO (completar cuando no se trate del Asegurado Titular)

Apellido y Nombres del siniestrado: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Documento tipo: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ CUIL: \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio Real: Calle: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ C.P: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

DATOS DEL/LOS BENEFICIARIO/S					
1° Beneficiario:	Documento:	C.U.I.L.:			
Calle:	Nro.:	Piso:	Dpto/Ofic.:		
Localidad:	CP.:	Provincia:			
Teléfono:	Fax:	E-mail:			

En caso de existir más beneficiarios, ingresar los datos de los mismos al dorso del presente, con letra legible y firmada por el contratante.

### DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son exactos en todas sus partes. "La recepción de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo".

**Importante:** La compañía no considerará que se ha finalizado con la denuncia del siniestro, aun cuando recepcione el presente formulario, hasta tanto reciba toda la documentación que le sea solicitada oportunamente. El contratante toma conocimiento que está obligado a suministrar al asegurador la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. Hasta tanto ello ocurra, quedan interrumpidos los plazos para que el asegurador se pronuncie acerca del derecho del asegurado. Artículos 46 y 56 de la Ley de Seguros.

Firma y Aclaración del contratante

La información consignada precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada. Galeno Seguros S.A

### PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO

A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Activos, y de conformidad con lo previsto por la Resolución 202/15 de la Unidad de Información Financiera, 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 exigirá, al Tomador, beneficiario y/o cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Esta Resolución puede ser consultada en la página de la UIF ([www.uif.gov.ar](http://www.uif.gov.ar))

Declaro bajo juramento que **SI - NO** (Indique cual) soy Sujeto Obligado frente a la UIF de acuerdo al Art. 20 Ley 25.246.

En caso de ser Sujeto Obligado declaro bajo juramento que **SI - NO** (Indique cual) cumplo con las disposiciones vigentes en materia de Prevención de Lavado de activos y Financiación del Terrorismo.

**Nota : En caso de ser Sujeto Obligado adjuntar constancia de inscripción ante la UIF ([www.argentina.gob.ar/uif](http://www.argentina.gob.ar/uif))**

El/La (1) que suscribe, \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que SI - NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: \_\_\_\_\_  
Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva Declaración Jurada. ([www.uif.gov.ar](http://www.uif.gov.ar))

Documento Tipo (2): \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ País y Autoridad de Emisión: \_\_\_\_\_

Carácter invocado (3): \_\_\_\_\_ CUIL/CUIT/CDI (1) Nro.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración

Referencias:

(1) Tachar lo que no corresponda. (2) Indicar DNI, LE, o LC para argentinos nativos. Para extranjeros, pasaporte, certificado provisorio, documento de identidad del respectivo país, según corresponda. (3) Indicar titular, representante legal, apoderado. Cuando se trate de apoderado, el poder debe ser amplio y general y estar vigente a la fecha que se suscriba la presente declaración.

La información consignada precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada. Galeno Seguros S.A.