

Se completarán tantos formularios como beneficiarios se hubieran designado

Póliza N°: _____ Suma asegurada según póliza: _____

Fecha de Denuncia: _____ % participación en el beneficio: _____

Importante: 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 FALLECIDO

Apellido y Nombres: _____ Documento tipo: _____ N°: _____ CUIL: _____

Condición del Fallecido: Titular Cónyuge Hijo Otro

SINIESTRO QUE SE DENUNCIA

Fallecimiento Muerte Conjunta Apellido y Nombre del Cónyuge: _____ Documento tipo: _____ N°: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Hijo Póstumo Fecha de Nacimiento: _____

DATOS DEL SINIESTRO

Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Causa: Natural Accidental _____

Última enfermedad del Asegurado: _____ Fecha inicio enfermedad: _____

Obra social/Medicina Prepaga: _____ Afiliado N°: _____

Apellido y Nombre del médico del asegurado: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y nombres: _____ Sexo: _____ Documento tipo: _____ N°: _____

CUIL CUIT CDI N°: _____ Vínculo del asegurado: _____

Fecha y Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio Real: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto/ofic: _____ Localidad: _____ C.P.: _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____

A los efectos de cumplir con las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero (Ley 25.246) y de conformidad con lo previsto en la Res. 202/2015 de la Unidad de Información Financiera (UIF), para el caso en que proceda el pago del presente siniestro, se solicita informar la calidad bajo la cual se cobrará el mismo de acuerdo con las siguientes opciones (marcar lo que corresponda):

Titular del interés asegurado Beneficiario designado o heredero legal Tercero Damnificado Cesionario de los derechos de la Póliza

El texto completo de la resolución 202/2015, se puede consultar en las oficinas de la Aseguradora o en el sitio "www.uif.gov.ar"

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 de siniestro, aun cuando recepcione el presente formulario, hasta tanto reciba toda la documentación que le sea solicitada oportunamente. El beneficiario toma conocimiento que está obligado a suministrar al asegurador toda 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 Beneficiario

La información consignada precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada.

Galeno Seguros S.A

