

Denuncia de Siniestro DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES (Individual y Colectivo)

Póliza N°: _____ 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: _____ Cod.Postal: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ E-mail: _____

Firmante Apellido y Nombres: _____ Documento Tipo: _____ N°: _____

Puesto: _____

ASEGURADO TITULAR

Apellido y Nombres: _____ Documento tipo: _____ Nro: _____ CUIL: _____

Legajo: _____ Relación con el contratante: _____ Fecha inicio relación con el contratante: _____

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 Asistencia Medica Farmacéutica Invalidez total y/o parcial por accidente

DATOS DEL SINIESTRO

Lugar del accidente: _____

El accidente ¿Cuándo ocurrió? (fecha y hora): _____ ¿Cómo ocurrió? _____

Parte del cuerpo lesionado: _____

Detalle de la lesión: _____

DATOS DEL/LOS BENEFICIARIO/S

1° Beneficiario: _____ Documento: _____ C.U.I.L: _____

Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Dpto/Ofic: _____

Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____

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

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.argentina.gob.ar/uif)

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) cumpla 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)

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)

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