

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 ASEGURADO

Apellido y Nombre: _____ Documento tipo N°: _____
CUIT / CUIL N°: _____ Estado Civil: _____ Sexo: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio Real: Calle: _____ Nro: _____ Piso: _____ Dpto/Ofic: _____
Localidad: _____ Cód. Postal: _____ Provincia: _____
Profesión, oficio, industria o actividad principal que realiza: _____
Teléfono: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

SINIESTRO QUE SE DENUNCIA

Invalidez Total y/o Parcial por accidente Asistencia Médica Farmacéutica

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

Parte del cuerpo lesionado: _____ Detalle de la lesión: _____

En caso que el asegurado se encontrara imposibilitado de completar este formulario, indicar los datos de quien la realiza:

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y Nombres: _____ Documento tipo: _____ Nro: _____
Relación/Parentesco: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del Denunciante

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. Se notifica que a consecuencia de esta denuncia puede ser llamado por un estudio liquidador de siniestros, conforme lo determina la Ley de Seguros 17.418, para verificar sus circunstancias y el alcance de la prestación a cargo del asegurador".

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 asegurado 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.

Solicito que en el caso de corresponderme el pago del siniestro denunciado en la presente por \$ _____ (pesos _____)

sean acreditados en la cuenta CBU: _____

abierta a mi nombre en Banco: _____

Dejo constancia que a partir del momento en que dichos fondos se encuentren acreditados en la cuenta indicada, la aseguradora quedara liberada de toda obligación en relación a esta denuncia.

Firma y Aclaración del Asegurado

Firma y Aclaración del Asegurado

La información consignada precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada. Galeno Life Seguros de Vida 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.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) 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)

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/UIT/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