

## Denuncia de Siniestro

### DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO - COBERTURA DE FALLECIMIENTO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES (Individual y Colectivo)

**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.

#### ASEGURADO TITULAR

Apellido y Nombres:  Documento tipo:  Nro:  CUIL:   
Fecha de Nacimiento:  Lugar de nacimiento:  Nacionalidad:  Estado Civil:   
Domicilio real, calle:  Piso:  Dpto:  Localidad:  C.P.:   
Profesión, oficio, industria o actividad principal que realiza:

#### DATOS DEL SINIESTRO

Lugar del accidente:   
Obra social/Medicina Prepaga:  Afiliado N°:   
Apellido y Nombre del médico del asegurado:   
Domicilio:  Teléfono:   
El accidente ¿Cuándo ocurrió? (fecha y hora):  ¿Cómo ocurrió?   
  
  
Parte del cuerpo lesionado:   
Detalle de la lesión:

#### DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y nombres:  Sexo:  Documento tipo:  Nro:   
CUIL/CUIT/CDI N°:  Vínculo del asegurado:   
Fecha y Lugar de Nacimiento:  Nacionalidad:   
Domicilio real, calle:  N°:  Piso:  Dpto:  Localidad:  C.P.:   
Provincia:  Teléfono:  Fax:  E-mail:

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.argentina.gob.ar/uif"

**Denuncia de Siniestro**  
**DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO - COBERTURA DE FALLECIMIENTO**  
**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES (Individual y Colectivo)**  
**Se completarán tantos formularios como beneficiarios se hubieran designado**

**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

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 Beneficiario

**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](http://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](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.