

**Importante:** Verificar en las condiciones de la póliza, si se ha contratado en la cobertura el hecho que se denuncia. Para que la denuncia sea válida, todos los campos deben estar completados en su totalidad. La póliza no deberá registrar deuda. Vencido cualesquiera 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. En caso de presentar via fax este formulario y la documentación necesaria recuerde conservar los originales en su poder.

Póliza N°
fecha de denuncia
Suma asegurada según póliza

**Datos del Asegurado**

Apellido y nombres \_\_\_\_\_ DOCUMENTO Tipo | \_\_\_\_\_ N° | \_\_\_\_\_

domicilio particular Calle \_\_\_\_\_ N° | \_\_\_\_\_ Piso | \_\_\_\_\_ Depto./ofic. | \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_ Cód. Postal | \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

teléfonos particular horario de contacto \_\_\_\_\_ laboral horario de contacto \_\_\_\_\_ celular \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

n° | \_\_\_\_\_ n° | \_\_\_\_\_ n° | \_\_\_\_\_ n° | \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Ocupación laboral y detalle de la actividad realizada \_\_\_\_\_

**Siniestro que se denuncia**

<input type="radio"/> <u>Invalidez permanente por accidente</u>	<input type="radio"/> <u>Asistencia Médico Farmacéutica por accidente</u>	<input type="radio"/> <u>otro</u> _____
<input type="radio"/> <u>Renta Diaria por hospitalización</u>	<input type="radio"/> <u>Gastos de Sepelio</u> _____	_____

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

**Datos del Denunciante**

Apellido y nombres \_\_\_\_\_ DOCUMENTO Tipo | \_\_\_\_\_ N° | \_\_\_\_\_

Relación / Parentesco \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma del denunciante

**documentación necesaria**

- Fotocopia D.N.I o Cedula de Identidad MERCOSUR del asegurado
- Comprobante de la CBU del asegurado emitido por entidad bancaria
- Por Invalidez permanente por accidente**
- Copia de la Historia Clínica labrada con motivo de su incapacidad total y permanente. Estudios históricos y actuales realizados. Terapias diagnosticadas y medicamentos suministrados
- Dictamen de la Comisión Médica interviniente con certificación del firmante.
- En caso de accidente, fotocopia íntegra del sumario judicial labrado con motivo del mismo, si se hubiese realizado.

**Por Asistencia Médico Farmacéutica**

- Copia de la historia clínica labrada con motivo de los primeros auxilios. Terapia indicada y medicamentos suministrados.
- Copia historia clínica labrada con motivo de las secuelas del accidente, estudios realizados. Terapia indicada y medicamentos suministrados
- Facturas originales de los gastos médicos y farmacéuticos realizados con motivo del accidente y copia de la prescripción médica.

**Por Renta diaria por Hospitalización**

- Copia Historia Clínica con registro de interacción y externación (alta)
- Por Gasto de Sepelio**
- Comprobante de los gastos realizados para el sepelio

**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 a 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, aún cuando reciba el presente formulario, hasta tanto reciba toda la documentación solicitada en el mismo.

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. Artículo 46 de la Ley de Seguros.

\_\_\_\_\_ firma del asegurado

Solicito que en el caso de corresponderme el pago del siniestro solicitado 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 quedará liberada de toda obligación en relación a esta denuncia.

aclaración \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma del asegurado

A los efectos de cumplir con las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero (Ley 25.246) se deja constancia que BBVA Consolidar Seguros S.A., para el caso de abonar un siniestro o indemnización igual o superior a PESOS CINCUENTA MIL (\$ 50.000) requiere a sus asegurados (si ya no se ha solicitado con anterioridad) la siguiente información de conformidad con lo previsto en la Resolución 32/2011 de la Unidad de Información Financiera (UIF).

**Información adicional personas físicas**

CUIL  CUIT  CDI N° | \_\_\_\_\_ | *Fecha de nacimiento* | \_\_\_\_\_ | *Estado Civil*  
*Lugar de Nacimiento* | \_\_\_\_\_ | *Nacionalidad* | \_\_\_\_\_ | Sexo  fem  masc  
*Profesión, oficio, industria, comercio, etc. donde constituya su actividad ppal.* | \_\_\_\_\_

**cónyuge** *Apellido y nombres* | \_\_\_\_\_ | *DOCUMENTO Tipo* | \_\_\_\_\_ | *N°* | \_\_\_\_\_

**domicilio real** *Calle* | \_\_\_\_\_ | *N°* | \_\_\_\_\_ | *Piso* | \_\_\_\_\_ | *Depto./ofic.* | \_\_\_\_\_  
*Localidad* | \_\_\_\_\_ | *Cód. Postal* | \_\_\_\_\_ | *Provincia* | \_\_\_\_\_

**teléfonos** *n°* | \_\_\_\_\_ | *fax n°* | \_\_\_\_\_ | *e-Mail* | \_\_\_\_\_

Asimismo en función a lo ordenado por la Res. 11/2011 de la UIF, BBVA Consolidar Seguros S.A. requiere a sus asegurados informar si son Personas Políticamente Expuestas, en virtud de lo cual, el/la que suscribe \_\_\_\_\_ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI/NO (tachar lo que no corresponda) se encuentra incluido y/o alcanzado/a dentro de la "Nomina de Funciones de Personas Políticamente Expuestas" aprobada por la Unidad de Información Financiera.

Se encuentra a disposición del asegurado en las oficinas de la Aseguradora el texto completo de las Resoluciones 11/2011 y 32/2011 o bien puede consultar las mismas en el sitio [www.uif.gov.ar](http://www.uif.gov.ar).

*aclaración* \_\_\_\_\_

firma