

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 vía fax este formulario y la documentación necesaria recuerde conservar los originales en su poder.

Póliza N°
fecha de denuncia
fecha de siniestro

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"/> Fallecimiento <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo <input type="radio"/> otro	<input type="radio"/> Invalidez total y permanente <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad	<input type="radio"/> Indemnización adicional por accidente <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge
<input type="radio"/> Renta Diaria por internación	<input type="radio"/> Hijo Póstumo	<input type="radio"/> Enfermedad grave <input type="radio"/> Enfermedad terminal <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge
<input type="radio"/> Transplante Órgano <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> otro _____	

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 total y permanente**
- 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 Transplante**
- Copia de la historia clínica labrada con motivo de la causa que provoca la necesidad del transplante. Estudios históricos y actuales realizados. Terapias diagnosticadas y medicamentos suministrados.

- Fotocopia de inscripción en el INCUCAI o centro de trasplante en que estuviere anotado.
- **Por Enfermedad grave o terminal**
- Copia historia clínica labrada con motivo de las secuelas de su enfermedad grave o Terminal. Estudios históricos y actuales realizados. Terapias diagnosticadas y medicamentos suministrados
- Informe médico indicando pronóstico de enfermedad
- **Por accidente**
- 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.
- Informe del Médico Asistente (Form. BF07135)

Puede consultar la "Guía para Denuncia de Siniestros" ingresando en www.bbvaseguros.com.ar link BBVA Seguros, opción denuncia de siniestros

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.

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.

_____ **declaración**

_____ 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., al momento de abonar un siniestro o indemnización igual o superior a PESOS DOSCIENTOS MIL (\$ 200.000) requerirá a sus asegurados (si ya no se ha solicitado con anterioridad) la siguiente información de conformidad con lo previsto en la Resolución 230/2011 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. 52/2012 de la UIF, BBVA Consolidar Seguros S.A. requiere a sus asegurados informar si son Personas Políticamente Expuestas, en virtud de la 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.

Podrá consultar el texto completo de las Resoluciones 52/2012 y 230/2011 en el sitio www.uif.gov.ar.

aclaración _____

firma