

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 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 contratante

Contratante _____ CUIT N° _____

domicilio Calle _____ N° _____ Piso _____ Depto./ofic. _____

Localidad _____ Cód. Postal _____ Provincia _____

teléfonos n° _____ fax n° _____

firmante Apellido y nombres _____ DOCUMENTO Tipo _____ N° _____ Puesto _____

Asegurado Titular

Apellido y Nombres _____

DOCUMENTO Tipo _____ N° _____ Legajo n° _____ Fecha inicio relación con el contratante _____

Relación con el contratante _____ Última remuneración percibida _____ Fecha _____ Importe _____

Siniestro que se denuncia

<input type="radio"/> Fallecimiento <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Cónyuge <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"/> Muerte simultánea	<input type="radio"/> Enfermedad grave <input type="radio"/> Enfermedad terminal <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> Gastos de Sepelio
<input type="radio"/> Hijo Póstumo	<input type="radio"/> Transplante <i>Organo</i> _____ <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> otro _____

Datos del siniestro

Lugar _____ Fecha _____

Apellido y Nombres del Siniestrado _____

DOCUMENTO Tipo _____ N° _____

Apellido y Nombres del Beneficiario del Seguro _____

DOCUMENTO Tipo _____ N° _____

En caso de existir más de un beneficiario, ingresar los datos de los mismos al dorso del presente, con letra legible y firmado por el contratante.

documentación necesaria

- Tres últimos recibos de haberes del asegurado, si correspondiera.
- Recibo de liquidación final de la indemnización de acuerdo a la LCT 20744, si correspondiera.
- Certificado de trabajo del asegurado, si correspondiera.
- Constancia de CUIL del Empleado fallecido o declaración de Alta Temprana de AFIP, si correspondiera.
- Designación de Beneficiarios; .
- Tomador Organismo Público: si el monto a abonar por el siniestro es igual o mayor a \$ 50.000 y el tomador es el beneficiario de la indemnización, adjuntar copia certificada del acto administrativo de designación del funcionario interviniente (Res. UIF 32/2001)
- Puede consultar la "Guía para Denuncia de Siniestros" ingresando en www.bbvaseguros.com.ar.

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. Artículos 46 y 56 de la Ley de Seguros.

aclaración

firma del Contratante

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

tomador persona física Apellido y Nombres DOCUMENTO Tipo | | N° |
 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 Calle N° | | Piso | | Depto./ofic. |
Localidad Cód. Postal | | Provincia
 teléfonos n° | | fax n° | | e-Mail

Información adicional personas jurídicas

tomador persona jurídica Razón Social Fecha de inscripción registral | | N° |
 CUIT CDI N° | Fecha de Contrato o Escritura de Constitución | |
 domicilio legal Calle N° | | Piso | | Depto./ofic. |
Localidad Cód. Postal | | Provincia
 teléfonos n° | | fax n° | | e-Mail
Actividad principal realizada

representante legal, apoderado y/o autorizado Apellido y nombres DOCUMENTO Tipo | | N° |
 CUIL CUIT CDI N° | Estado Civil Fecha de Nacimiento | |
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
Profesión, oficio, industria, comercio, etc. donde constituya su actividad ppal.

Información adicional organismo público

funcionario interviniente Apellido y nombres DOCUMENTO Tipo | | N° |
 domicilio real Calle N° | | Piso | | Depto./ofic. |
Localidad Cód. Postal | | Provincia
 domicilio legal Calle N° | | Piso | | Depto./ofic. |
Localidad Cód. Postal | | Provincia
 teléfonos n° | | fax n° | | e-Mail

Se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba abonar un siniestro y/o indemnización por un monto igual o superior a PESOS DOSCIENTOS MIL (\$ 200.000) además de los requisitos de identificación previstos en los artículos 13 a 17 de la Resolución 230/2011UIF podrá solicitar la documentación respaldatoria conforme lo previsto en el artículo 24 de dicha normativa.

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 (1)

firma

(1) Asegurado / Representante Legal / Apoderado y/o Autorizado