

**Sr. Asegurado/ Beneficiario/ Apoderado: este formulario se emite por duplicado, deberá conservar su copia para ulteriores tramitaciones.**

Tipo de Póliza  Individual  Colectiva

Ramo de la Póliza \_\_\_\_\_

para completar por **BBVA Seguros**

Póliza n° \_\_\_\_\_

### datos del denunciante

Fecha \_\_\_\_\_

**domicilio particular**

**teléfonos**

Apellido y nombre \_\_\_\_\_

Documento tipo y n° \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Depto./ofic \_\_\_\_\_

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

teléfono (particular o donde dejar mensajes) \_\_\_\_\_ DDN - N° \_\_\_\_\_

teléfono laboral \_\_\_\_\_ DDN - N° \_\_\_\_\_

celular para SMS  \_\_\_\_\_  15 \_\_\_\_\_  Personal  Movistar  Claro  Nextel

EJEMPLO: 0-11-15-5448-6898

### vía de recepción de la denuncia

Fax  Postal  En mano/ personal  Por correo electrónico

### descripción del reclamo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### documentación / antecedentes que se acompañan

Póliza  Solicitud  Carta documento

Recibo de Pago  Presentación / Reclamo  otros: \_\_\_\_\_

Elementos que se solicitan (reservado para la aseguradora)

\_\_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

Es muy importante suministrar la mayor cantidad de información y la precisión de la misma, para evitar que la gestión se vea obstaculizada o eventualmente interrumpida por carencia de datos. Los reclamos de terceros ajenos a la relación asegurado/ beneficiario - asegurador, deberán tramitarse por los pertinentes procedimientos administrativos, arbitrales o judiciales sobre la materia, resultando ajenos a la competencia establecida en la resolución de SSN N° 35.840. La presente denuncia no suspenderá o interrumpirá

#### pirá los plazos

establecidos para el ejercicio de acciones o derechos que, de conformidad con la legislación vigente, puedan ejercer los presentantes. De conformidad con lo establecido en la reglamentación vigente, la aseguradora cuenta con 30 días hábiles contados desde la fecha de presentación del reclamo ante el Servicio de Atención al Asegurado para resolver.

Aclaración \_\_\_\_\_

Tipo y Nro. de Doc. \_\_\_\_\_

FIRMA DEL REPRESENTANTE

FIRMA Y SELLO DEL REPRESENTANTE DE LA ASEGURADORA

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Reservado para la aseguradora