

**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 vía e-mail 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° \_\_\_\_\_ e-Mail \_\_\_\_\_

**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"/> <b>Fallecimiento</b> <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Otro	<input type="radio"/> <b>Invalidez total y permanente</b> <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Accidente <input type="radio"/> Enfermedad	<input type="radio"/> <b>Indemnización adicional por accidente</b> <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge
<input type="radio"/> <b>Muerte simultánea</b>	<input type="radio"/> <b>Enfermedad grave</b> <input type="radio"/> <b>Enfermedad terminal</b> <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> <b>Gastos de Sepelio</b>
<input type="radio"/> <b>Hijo Póstumo</b>	<input type="radio"/> <b>Transplante</b> <u>Organo</u> _____ <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge	<input type="radio"/> <b>otro</b> _____

### 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; .
- Puede consultar la "Guía para Denuncia de Siniestros" ingresando en [www.bbvaseguros.com.ar](http://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 _____ _____ _____
--

## 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* \_\_\_\_\_  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* \_\_\_\_\_  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* \_\_\_\_\_

## 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* \_\_\_\_\_

La Compañía se reserva el derecho de solicitarle al titular de la póliza la documentación prevista en la Resolución 202/2015 emitida por la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), por cualquiera de los supuestos indicados en la misma.

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 202/2015 en el sitio [www.uif.gov.ar](http://www.uif.gov.ar).

aclaración (1)

\_\_\_\_\_ firma

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