

**Importante:** Para que la denuncia sea válida, todos los campos deben estar completos 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.

Póliza N°
fecha de denuncia

### Datos del Asegurado

Apellido y nombres:		Documento tipo y n°:		
<b>domicilio particular</b>	Calle:	N°:	Piso:	Depto./Ofic.:
	Localidad:	Cód. Postal:	Provincia:	
<b>teléfonos</b>	Particular:	Horario de contacto:		
	Laboral:	Horario de contacto:		
	Celular:	Horario de contacto:		
	Fax:	Horario de contacto:		
	Email:			

### Datos sobre el Desempleo

Fecha en la que fue empleado:	Cantidad de horas trabajadas (semanales):
Cargo:	
Tipo de empleo: <input type="radio"/> Tiempo Parcial <input type="radio"/> Tiempo Completo <input type="radio"/> Temporario <input type="radio"/> Empleado autónomo	
Motivos del desempleo: <input type="radio"/> Cierre de la empresa <input type="radio"/> Renuncia <input type="radio"/> Despido <input type="radio"/> Incapacidad	
<input type="radio"/> Ausencia Permitida <input type="radio"/> Otro	
Si la interrupción fue resultado de ausencia permitida ¿la ausencia fue aprobada?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Recibirá compensación durante la ausencia?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Si fue por despido ¿Cuál fue la causa del despido?	
Último día en que trabajó:	Fecha en que regresó al trabajo:
¿Se ha integrado a sus tareas normales? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Observaciones:	

Razón Social de la Empresa:				
<b>domicilio</b>	Calle:	N°:	Piso:	Depto./Ofic.:
	Localidad:	Cód. Postal:	Provincia:	
<b>teléfonos</b>	N°:	Fax:	Email:	
	Nombre y apellido de contacto en la Empresa (área RRHH):			

### Datos del Denunciante

Apellido y nombres:
Documento tipo y n°:

#### documentación necesaria

- Fotocopia de DNI o Cédula de Identidad MERCOSUR del asegurado
- Copia completa del resumen de estado de su Cuenta Corriente / Préstamo Personal del mes en que se produjo el inicio de situación de desempleo. Para Tarjeta de Crédito copia del resumen de vencimiento inmediato posterior al desempleo.
- Fotocopia del telegrama de despido
- Fotocopia de los dos últimos recibos de sueldo, incluyendo aquel que contiene la liquidación final.
- Fotocopia de las Certificación de Servicio y Remuneraciones (ANSES)

firma del denunciante
-----------------------

### Declaración jurada

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son exactos en todas sus partes. "La recepción de esa 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 docu-

mentación 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

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).

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.

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