

Importante: 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
% de participación en el beneficio

Datos del fallecido

Apellido y nombres _____ DOCUMENTO Tipo | _____ | N° | _____

Condición del fallecido Titular Cónyuge Hijo Otro, especificar _____

Siniestro que se denuncia

Fallecimiento Muerte conjunta Apellido y nombres del Cónyuge _____
DOCUMENTO Tipo | _____ | N° | _____

Hijo Póstumo Fecha de nacimiento | _____ | Gastos de Sepelio

Datos del siniestro

Lugar _____ Fecha | _____ | Hora | _____

Causa Natural Accidental

Ultima enfermedad del asegurado _____ Fecha de inicio de la enfermedad | _____

Obra Social / Medicina prepaga _____ Afiliado N° | _____

Apellido y nombres del médico del asegurado _____

Domicilio _____ teléfono | _____

Datos del Beneficiario

Apellido y Nombres _____ DOCUMENTO Tipo | _____ | N° | _____

CUIL CUIT CDI N° | _____ | Vínculo con el asegurado

Nacionalidad _____ Sexo _____ Fecha Nacimiento | _____ | Lugar de Nacimiento

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

Localidad _____ Cód. Postal | _____ | Provincia

teléfonos particular n° | _____ | fax n° | _____ | e-mail _____

A los efectos de cumplir con las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención de Lavado de Dinero (Ley 25.246) y de conformidad con lo previsto en la Res. 202/2015 de la Unidad de Información Financiera (UIF), para el caso en que proceda el pago del presente siniestro, se solicita informar la calidad bajo la cual se cobrará el mismo de acuerdo con las siguientes opciones (marcar lo que corresponda):

Titular del interés a asegurado Tercero damnificado Beneficiario designado o heredero legal Cesionario de los derechos de la póliza

Documentación necesaria

- Acta de defunción: copia certificada en original
- Fotocopia DNI o Cedula de identidad del MERCOSUR del beneficiario
- Cerificado de cobertura de la póliza con indicación de los beneficiarios y/o formulario designación de beneficiarios
- Comprobante de la CBU del beneficiario emitido por entidad bancaria
- Muerte Natural: Informe Médico –Ficha Estadística (form. BFOR7134) y fotocopia íntegra de la historia clínica labrada con motivo de la enfermedad sufrida por el asegurado y con motivo de su fallecimiento
- Muerte Accidental: fotocopia íntegra del sumario judicial labrado con motivo del fallecimiento. Deberá contener autopsia y análisis de alcoholemia y toxicología.
- Seguros Voluntarios: si el Beneficiario tiene su domicilio en la Pcia. de Buenos Aires y

la indemnización a cobrar es mayor a \$ 50.000 o, para el caso en que los beneficiarios sean padres, hijos o cónyuge del asegurado, la indemnización fuera mayor \$ 200.000, según Res. ARBA 18/2011 se solicitará adicionalmente: Fotocopia del D.N.I. incluyendo el último cambio de Domicilio. Copia de la DDJJ remitida a ARBA a través del sitio Web (www.arba.gov.ar) Constancia de presentación de la DDJJ emitida por el sitio Web de ARBA.

- por cobertura gastos de sepelio: comprobante de los gastos realizados por el sepelio
- Puede consultar la "Guía para Denuncia de Siniestros" ingresando en www.bbvasseguros.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 beneficiario 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.

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

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 Beneficiario
