

**IMPORTANTE:** Verificar en las condiciones de la póliza, si se ha contratado en la cobertura el 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 e-mail este formulario y la documentación necesaria recuerde conservar los originales en su poder.

Póliza N°
fecha de denuncia
fecha de siniestro

### Datos del Asegurado

DOMICILIO PARTICULAR

Apellido y nombres \_\_\_\_\_ Documento Tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

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

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

TELÉFONOS

Part. horario de contacto \_\_\_\_\_ Laboral horario de contacto \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Ocupación laboral y detalle de la actividad realizada \_\_\_\_\_

### Siniestro que se denuncia

<input type="radio"/> Fallecimiento <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Hijo <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 adic. por accidente <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge _____
<input type="radio"/> Renta Diaria por internación	<input type="radio"/> Hijo Póstumo	<input type="radio"/> Enfermedad grave <input type="radio"/> Enfermedad terminal <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge _____
<input type="radio"/> Transplante <u>Organo</u> _____ <input type="radio"/> Titular <input type="radio"/> Cónyuge _____	<input type="radio"/> otro _____	

En caso que el asegurado se encontrara imposibilitado de completar este formulario, indicar los datos de quien realizó la presente denuncia:

### Datos del Denunciante

Apellido y nombres \_\_\_\_\_ DOCUMENTO Tipo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Relación / Parentesco \_\_\_\_\_ firma del denunciante \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

DOCUMENTACIÓN NECESARIA

- Fotocopia D.N.I o Cedula de Identidad MERCOSUR del asegurado
- Comprobante de la CBU del asegurado emitido por entidad bancaria
- Por Invalidez total y permanente**
- Copia de la Historia Clínica labrada con motivo de su incapacidad total y permanente. Estudios históricos y actuales realizados. Terapias diagnosticadas y medicamentos suministrados
- Dictamen de la Comisión Medica interviniente con certificación del firmante.
- En caso de accidente, fotocopia integral del sumario judicial labrado con motivo del mismo, si se hubiese realizado.
- Por Transplante**
- Copia de la historia clínica labrada con motivo de la causa que provoca la necesidad del transplante. Estudios históricos y actuales realizados. Terapias diagnosticadas y medicamentos suministrados.

- Fotocopia de inscripción en el INCUCAI o centro de trasplante en que estuviere anotado.
- Por Enfermedad grave o terminal**
- Copia historia clínica labrada con motivo de las secuelas de su enfermedad grave o Terminal. Estudios históricos y actuales realizados. Terapias diagnosticadas y medicamentos suministrados
- Informe medico indicando pronostico de enfermedad
- Por accidente**
- Copia de la historia clínica labrada con motivo de los primeros auxilios. Terapia indicada y medicamentos suministrados.
- Copia historia clínica labrada con motivo de las secuelas del accidente, estudios realizados. Terapia indicada y medicamentos suministrados.
- Informe del Medico Asistente (Form. BFOR7135)

Puede consultar la "Guía para Denuncia de Siniestros" ingresando en [www.bbvaseguros.com.ar](http://www.bbvaseguros.com.ar) link BBVA Seguros, opción denuncia de siniestros

### 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. Artículo 46 de la Ley de Seguros.

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 \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

firma
-------

**BBVA Consolidar Seguros S.A**

CUIT 30-50006423-0  
Av. Leandro N. Alem  
728/732 - C1001AAP-  
Buenos Aires - Argentina.  
IGJ 28-02-06, N.3150,  
L.30, T.SA (T.O.)  
[www.bbvaseguros.com.ar](http://www.bbvaseguros.com.ar)  
Tel. 0800 999 4100  
[siniestroseguros-arg@bbva.com](mailto:siniestroseguros-arg@bbva.com)

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.

### Información adicional personas físicas

CUIT  CUIL  CDI NRO. | \_\_\_\_\_ | Fecha de nacimiento | \_\_\_\_\_ | Est. 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 REAL | Calle | \_\_\_\_\_ | N° | \_\_\_\_\_ | Piso | \_\_\_\_\_ | Depto./Of. | \_\_\_\_\_ |  
Localidad | \_\_\_\_\_ | Cód. Postal | \_\_\_\_\_ | Provincia | \_\_\_\_\_ |  
TELÉFONOS | n° | \_\_\_\_\_ | Fax n° | \_\_\_\_\_ | e-Mail | \_\_\_\_\_ |

### Otros - Datos del Cohabitante

Apellido y nombres: | \_\_\_\_\_ | DOCUMENTO Tipo | \_\_\_\_\_ | N° | \_\_\_\_\_ |  
DOMICILIO | Calle: | \_\_\_\_\_ | N° | \_\_\_\_\_ | Piso | \_\_\_\_\_ | Depto. | \_\_\_\_\_ |  
Localidad: | \_\_\_\_\_ | Cód. Postal: | \_\_\_\_\_ | Provincia: | \_\_\_\_\_ |  
Tel: n° | \_\_\_\_\_ | celular | n° | \_\_\_\_\_ | e-Mail: | \_\_\_\_\_ |  
Situación Laboral: |  Dependencia  Autónomo | CUIT N° | \_\_\_\_\_ |  
Condición IVA: | \_\_\_\_\_ | Ing. Brutos: | \_\_\_\_\_ | Actividad: | \_\_\_\_\_ |  
Fecha de nacimiento: | \_\_\_\_\_ | Estado Civil: | \_\_\_\_\_ | Sexo: | \_\_\_\_\_ | Nacionalidad: | \_\_\_\_\_ |

### Datos del Propietario 2

Apellido y nombres: | \_\_\_\_\_ | DOCUMENTO Tipo | \_\_\_\_\_ | N° | \_\_\_\_\_ |  
DOMICILIO | Calle: | \_\_\_\_\_ | N° | \_\_\_\_\_ | Piso | \_\_\_\_\_ | Depto. | \_\_\_\_\_ |  
Localidad: | \_\_\_\_\_ | Cód. Postal: | \_\_\_\_\_ | Provincia: | \_\_\_\_\_ |  
Tel: n° | \_\_\_\_\_ | celular | n° | \_\_\_\_\_ | e-Mail: | \_\_\_\_\_ |  
Situación Laboral: |  Dependencia  Autónomo | CUIT N° | \_\_\_\_\_ |  
Condición IVA: | \_\_\_\_\_ | Ing. Brutos: | \_\_\_\_\_ | Actividad: | \_\_\_\_\_ |  
Fecha de nacimiento: | \_\_\_\_\_ | Estado Civil: | \_\_\_\_\_ | Sexo: | \_\_\_\_\_ | Nacionalidad: | \_\_\_\_\_ |

### Datos del Propietario 3

Apellido y nombres: | \_\_\_\_\_ | DOCUMENTO Tipo | \_\_\_\_\_ | N° | \_\_\_\_\_ |  
DOMICILIO | Calle: | \_\_\_\_\_ | N° | \_\_\_\_\_ | Piso | \_\_\_\_\_ | Depto. | \_\_\_\_\_ |  
Localidad: | \_\_\_\_\_ | Cód. Postal: | \_\_\_\_\_ | Provincia: | \_\_\_\_\_ |  
Tel: n° | \_\_\_\_\_ | celular | n° | \_\_\_\_\_ | e-Mail: | \_\_\_\_\_ |  
Situación Laboral: |  Dependencia  Autónomo | CUIT N° | \_\_\_\_\_ |  
Condición IVA: | \_\_\_\_\_ | Ing. Brutos: | \_\_\_\_\_ | Actividad: | \_\_\_\_\_ |  
Fecha de nacimiento: | \_\_\_\_\_ | Estado Civil: | \_\_\_\_\_ | Sexo: | \_\_\_\_\_ | Nacionalidad: | \_\_\_\_\_ |

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** 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

DNI

firma