

Nº de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Tipo y Número de Documento:  DNI  LE  LC  CI  Otro \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_**DATOS DEL SINIESTRO**Fecha del Siniestro: \_\_\_\_\_  
Fallecimiento  Incapacidad  Enfermedad Grave  Salud Oncológico  Cuidados Prolongados  Incapacidad Total y Temporaria   
Gastos Médicos  Transplantes  Internación **DATOS DEL DENUNCIANTE**Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Tipo y Número de Documento:  DNI  LE  LC  CI  Otro \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_**OBSERVACIONES**

---

---

**DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORÍGENES:**

Se deberá presentar el Formulario de Denuncia de Siniestros para cualquier tipo de cobertura detallada en el presente.

**FALLECIMIENTO / MUERTE ACCIDENTAL**

- Copia de la partida de defunción.
- Formulario de Declaración del Médico proporcionado por Orígenes.
- En supuestos de fallecimiento accidental resultará exigible la presentación de "Fotocopia de las actuaciones judiciales y/o policiales y/o administrativas y/o causa penal labradas con motivo del accidente"

**SALUD ONCOLÓGICO / ENFERMEDAD GRAVE / TRANSPLANTES**

- Copia de la partida de defunción (En caso de aplicar)
- Formulario de Declaración del Médico proporcionado por Orígenes.
- Constancias médicas y/o testimoniales del comienzo de la enfermedad y causas.

**INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE / PERDIDAS PARCIALES POR ACCIDENTES**

- Formulario de Declaración del Médico proporcionado por Orígenes.
- Constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- Dictamen de incapacidad permanente expedido por el organismo oficial correspondiente
- Fotocopia de las actuaciones judiciales y/o policiales y/o administrativas

**INDEMNIZACIÓN**

En caso de corresponder, la indemnización se abonará al asegurado, beneficiarios designados o herederos legales del asegurado, mediante la presentación de la siguiente información personal:

- Copia de DNI
- Constancia de CUIL
- Comprobante de CBU

**El titular de la póliza/certificado/beneficiario designado debe ser el mismo titular de la cuenta informada.****Importante:** -Para que la denuncia sea válida, todos los campos deben estar completos en su totalidad. Los beneficiarios declarados en el Formulario de Datos de Beneficiario (en el caso de Fallecimiento) serán constatados con los designados oportunamente por el asegurado. 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".

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. El asegurado comunicará al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo.

En función a lo ordenado por la Res. 52/2012 de la UIF, Orígenes Seguros 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 "Nómina de Funciones de Personas Políticamente Expuestas" aprobada por la Unidad de Información Financiera.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. 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)

Me obligo ante Orígenes Seguros a suministrar cualquier tipo de información/documentación relacionada con esta denuncia que me sea requerida, y que sea considerada necesaria para verificar la existencia del siniestro o de la extensión de la prestación a su cargo.

Los Asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación de la entidad aseguradora, dirigiéndose a Julio A. Roca 721 (c.p.1067), Ciudad de Buenos Aires, en el horario de 10.30 a 17.30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a [consultasydenuncias@ssn.gov.ar](mailto:consultasydenuncias@ssn.gov.ar) o vía internet a la siguiente dirección: [www.ssn.gov.ar](http://www.ssn.gov.ar).

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha