

Nº de Póliza/Certificado: _____

Fecha _____

DATOS DEL ASEGURABLE

Apellido y Nombre: _____
 Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____
 Domicilio: _____ CP: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono Celular: _____ Teléfono Particular: _____ E-mail (si se tiene): _____

DATOS DEL SINIESTRO

Robo en Cajero Robo / Hurto documentos personales Muerte en ocasión de robo
 Fecha y hora del Siniestro: _____
 Lugar del Siniestro: _____ Dirección del Cajero: _____
 ¿Realizó denuncias vinculadas al presente siniestro en otras compañías de seguro? SI NO ¿En cuales?: _____
 Monto extraído: \$ _____ Monto sustraído: \$ _____

Ubicar en el mapa (incluyendo calles) con su respectivo número :

- ① Lugar del siniestro.
- ② Lugar del cajero automático

DATOS DE LA CUENTA SINIESTRADA

Banco: _____ Nº de Cuenta: _____
 Motivo de apertura: _____

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y Nombre: _____
 Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Sexo: Masculino Femenino
 Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____
 Domicilio: _____ CP: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Teléfono Celular: _____ Teléfono Particular: _____ E-mail (si se tiene): _____

DESCRIPCIÓN DEL HECHO (Realice un relato pormenorizado del siniestro informando acerca de otros elementos sustraídos junto al dinero en el presente siniestro. En caso de requerirlo continúe al dorso) _____

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORÍGENES:

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

- | | | |
|--|--|---|
| <p>ROBO EN CAJERO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denuncia policial - Comprobantes de extracción y/o extracto bancario donde se verifique el movimiento por el que reclama. - Otra documentación adicional en caso que la Compañía lo requiera. - Copia del DNI del asegurado reclamante. | <p>ROBO / HURTO DOCUMENTOS PERSONALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denuncia policial - Comprobantes de extracción y/o extracto bancario donde se verifique el movimiento por el que reclama. - Comprobantes de reposición de llaves y/o documentos. - Otra documentación adicional en caso que la Compañía lo requiera. - Copia del DNI del asegurado reclamante. | <p>MUERTE EN OCASIÓN DE ROBO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Denuncia policial - Comprobantes de extracción y/o extracto bancario donde se verifique el movimiento por el que reclama. - Partida de defunción. - Informe policial y/o causa penal. - Otra documentación adicional en caso que la Compañía lo requiera. - Copia del DNI del asegurado reclamante. |
|--|--|---|

En caso de corresponder se deberá acreditar la indemnización a:

Banco: _____ Número de Cuenta: _____
 C.B.U.: _____ CUIL: _____

(Adjuntar constancia del C.B.U. emitida por la entidad (22 dígitos) y constancia de CUIL).

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 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.

Orígenes Seguros 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 28/2018 en el sitio 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. (Art 46 de la Ley de Seguros)

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.gob.ar o vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar.

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha