

Nº de Póliza:

Fecha:

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombre: _____

Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____

DATOS DEL SINIESTRO

Fallecimiento Incapacidad Accidente Enfermedad Grave Salud Oncológico Cuidados Prolongados Incapacidad Total y Temporaria

DATOS DEL DENUNCIANTE

Apellido y Nombre: _____

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

- Partida de defunción.
- Formulario de Declaración del Médico proporcionado por Orígenes.
- Denuncia Policial en caso de accidente (deberá presentarse dentro de los 15 días de producido el hecho).
- Pruebas sobre fecha y causa de accidente.
- Otra documentación adicional en caso que la Compañía lo requiera.

- Constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- Otra documentación adicional en caso que la Compañía lo requiera.

INCAPACIDAD TOTAL O PERMANENTE

- Formulario de Declaración del Médico proporcionado por Orígenes.
- Constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- Dictamen de Comisión Médica.
- Otra documentación adicional en caso que la Compañía lo requiera.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO

- Partida de defunción.
- Nómina de empleados de AFIP, del mes de ocurrencia del fallecimiento (en caso de aplicar).
- Copia Original del formulario de designación de beneficiarios (en caso de aplicar).
- Constancia de CUIL del trabajador y su incorporación a la nómina del tomador o alta temprana en AFIP (en caso de aplicar).
- Copia certificada por el tomador del último recibo de sueldo y último recibo firmado por el trabajador (en caso de aplicar).
- Otra documentación adicional en caso que la Compañía lo requiera.

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN / CUIDADOS PROLONGADOS

- Copia de la historia clínica.
- Formulario de Declaración del Médico proporcionado por Orígenes.
- Constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causas.
- Otra documentación adicional en caso que la Compañía lo requiera.

ASISTENCIA MÉDICO FARMACEUTICA

- Documento de Identidad del Asegurado accidentado.
- Certificado/Informe Médico con firma y sello del profesional y fecha de emisión.
- Comprobantes de gastos médico y/o farmacéuticos con el debido detalle de los datos del asegurado.
- Otra documentación adicional en caso que la Compañía lo requiera.

SALUD ONCOLÓGICO / ENFERMEDAD GRAVE / TRANSPLANTES

- Formulario de Declaración del Médico proporcionado por Orígenes.

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 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

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

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha