

Nº de Póliza:

Fecha:

### Datos Del Asegurado/Tomador

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

DNI/CUIL: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfonos: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ / (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Datos de la Mascota

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Especie: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Número de identificación (En caso de existir) \_\_\_\_\_

Residencia al momento del evento: \_\_\_\_\_

¿Existen otros seguros que afecten a la mascota? Indique tipo de cobertura, compañía aseguradora e informe acerca de la denuncia del siniestro

### Datos Del Siniestro

Extravío  Fallecimiento o sacrificio necesario por accidente  Responsabilidad Civil canina  Fallecimiento necesario por vejez o enfermedad  Estancia en residencia para mascotas  Asistencia veterinaria por accidente  Robo  Asistencia veterinaria por enfermedad

Fecha de ocurrencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Lugar de ocurrencia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

¿Se encontraba usted presente al momento del siniestro? SI  NO

Intervención policial: SI  NO  En caso afirmativo indique Comisaría interviniente: \_\_\_\_\_

Si hubo sumario indique juzgado y secretaría actuantes: \_\_\_\_\_

Testigos: SI  NO  En caso afirmativo indique sus datos (Nombre, DNI y teléfono de contacto) \_\_\_\_\_

Médico Veterinario Tratante (Nombre y matrícula) \_\_\_\_\_

Diagnóstico (Indicar fecha de diagnóstico) \_\_\_\_\_

Breve descripción del tratamiento

### Circunstancias De Ocurrencia / Descripción Pormenorizada Del Hecho

### Datos De Terceros Afectados (Responsabilidad Civil)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

DNI – CI – LE – LC N°: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nº de Teléfono: E-mail: \_\_\_\_\_

En qué aspecto ha sido afectado (Detallar pormenorizadamente con estimación de daños):

### Datos Para El Cobro

Calidad bajo la cual solicita indemnización: Titular del interés asegurado  Tercero damnificado

### Documentación A Presentar En Orígenes:

Se deberá presentar este Formulario de Denuncia de Siniestros para cualquiera de las coberturas detalladas acompañando la siguiente documentación, según corresponda:

#### EXTRAVÍO:

- Formulario denuncia de Siniestros, debidamente cumplimentado.
- Ticket o factura por el costo de la publicación realizada incluyendo constancia de publicación (Impresión de folletos, publicación en diarios o radio, publicación en redes sociales, etc.)
- Libreta sanitaria de la mascota
- Copia de la denuncia policial en caso de existir

#### MUERTE O SACRIFICIO POR ACCIDENTE:

- Formulario denuncia de Siniestros, debidamente cumplimentado
- Certificado de defunción o historia clínica que acredite el fallecimiento
- Factura / comprobante por el pago del sacrificio y eliminación de cadáver.
- Libreta sanitaria de la mascota

#### FALLECIMIENTO NECESARIO POR VEJEZ O ENFERMEDAD:

- Formulario denuncia de Siniestros, debidamente cumplimentado
- Libreta sanitaria de la mascota
- Certificado de defunción o historia clínica que acredite el fallecimiento
- Informe firmado por Veterinario matriculado que certifique la edad y enfermedad de la mascota al momento del sacrificio
- Factura / comprobante de pago del sacrificio y eliminación del cadáver.

#### ESTANCIA EN RESIDENCIA PARA MASCOTAS:

- Formulario denuncia de Siniestros, debidamente cumplimentado
- Libreta sanitaria de la mascota
- Historia Clínica que acredite internación del Asegurado
- Comprobante de pago de la residencia para mascotas

#### ASISTENCIA VETERINARIA POR ACCIDENTE/ENFERMEDAD:

- Formulario denuncia de Siniestros, debidamente cumplimentado
- Libreta sanitaria de la mascota
- Historia clínica de la mascota
- Comprobantes de gastos de Asistencia Veterinaria acompañados por el pedido médico/veterinario donde conste la práctica médica solicitada o el medicamento adquirido y el diagnóstico

#### RESPONSABILIDAD CIVIL:

- Formulario denuncia de Siniestros, debidamente cumplimentado
- Libreta sanitaria de la mascota
- Copia de la denuncia policial
- Factura de gastos / presupuesto de terceros damnificados

#### ROBO

- Formulario denuncia de Siniestros, debidamente cumplimentado
- Libreta sanitaria de la mascota
- Copia de la denuncia policial

**Esta aseguradora se reserva el derecho de solicitar originales de la documentación enunciada y cualquier otro tipo de documentación adicional.**

En caso de corresponder, la acreditación de la indemnización deberá realizarse en:

Banco: \_\_\_\_\_

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 debe ser el mismo titular de la cuenta informada.**

#### Importante:

La validez de la presente denuncia administrativa requiere que los campos se completen en su totalidad.

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".

El asegurado comunicará al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de las 24 horas de conocerlo conforme art. 103 de la ley 17418.

Art. 56 ley 17418: El asegurador debe pronunciarse acerca del derecho del asegurado dentro de los treinta días de recibida la información complementaria prevista en los párrafos 2º y 3º del artículo 46. La omisión de pronunciarse importa aceptación.

Art. 49 ley 17418: En los seguros de daños patrimoniales, el crédito del asegurado se pagará dentro de los quince días de fijado el monto de la indemnización o de la aceptación de la indemnización ofrecida, una vez vencido el plazo del artículo 56.

Clausula 2 Condiciones específicas- ANIMALES ASEGURADOS Y CONDICIONES DE ASEGURABILIDAD: El animal deberá estar identificado en las Condiciones Particulares indicando al menos el tipo de mascota u especie, nombre, raza, sexo y edad. Para que las garantías de esta póliza tengan efecto, los animales deberán cumplir el calendario de vacunación oficial, de acuerdo con lo dictaminado por la autoridad sanitaria correspondiente al domicilio del Tomador.

La póliza no deberá registrar deuda. Vencido cualquiera de los plazos de pago del premio exigible indicado en las Condiciones Particulares sin que el pago 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.

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), Cuidad 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