

Nº de Póliza/Certificado: _____

Fecha _____

DATOS DEL ASEGURADO/RECLAMANTE

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 : _____

¿El ticket fue regalado por usted a otra persona?: SÍ NO (En caso de respuesta afirmativa indicar a continuación sus datos)

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 : _____

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de emisión de ticket: ___/___/___ Nº de ticket: _____
 Evento contratado: _____
 Tienda comercial donde adquirió el ticket: _____
 Fecha del evento: ___/___/___ Horario: ___:___ Código de evento: _____
 Lugar del evento: _____
 Motivo de imposibilidad de concurrencia al evento (Relate de forma pormenorizada los hechos)

¿HA DENUNCIADO USTED CON ANTERIORIDAD SINIESTROS DE ESTE TIPO EN ESTA U OTRAS COMPAÑÍAS?

Mes	Año	Compañía	Tipo de Siniestro	Indemnización	Resultado del Reclamo

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN ORÍGENES

Deberá presentarse este Formulario de Denuncia de Siniestro, copia de DNI, constancia de CUIL y comprobante de CBU para cualquiera de las coberturas detalladas acompañando la siguiente documentación, según corresponda:

COBERTURA TICKET PROTEGIDO

- Ticket original sin troquelar y en buen estado de conservación (excluyente).
- Comprobante de pago del ticket asegurado.
- Documentación que acredite fehacientemente las causas de fuerza mayor que impidieron la concurrencia al evento.

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

En caso de corresponder se deberá acreditar la indemnización a:

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/beneficiario designado 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 los 3 días de conocerlo.

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.

ADVERTENCIA TICKET PROTEGIDO El asegurador reembolsará el valor del ticket únicamente cuando éste haya sido adquirido con anterioridad a las causas de imposibilidad de concurrencia.

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

Firma y Aclaración _____

Lugar y Fecha _____