

## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS POR INCAPACIDADES PARCIALES Y TOTALES O FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

El presente formulario debe ser completado en su totalidad y sin omitir contestación alguna.

### DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza N°: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio de vigencia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### DATOS DEL TOMADOR

#### Persona física

Apellido/s y Nombres/s: \_\_\_\_\_  
Tipo y N° de documento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Prefijo telefónico: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ CUIL/CUIT/CDI: \_\_\_\_\_

#### Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

*(Tache la que no corresponda en los casos que le da opciones)*

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 se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído. En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: \_\_\_\_\_  
Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.  
(Sólo en caso de ser sujeto obligado) Declaro que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

#### Persona jurídica (\*)

Denominación o Razón social: \_\_\_\_\_  
Fecha y número de inscripción registral: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CUIL/CUIT/CDI: \_\_\_\_\_  
Fecha del contrato o escritura de constitución: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Domicilio legal** - Dirección: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Actividad principal realizada: \_\_\_\_\_

Indique con una cruz si está de acuerdo en recibir notificaciones relativas a su siniestro en la casilla de correo informada en el presente formulario. Se lo tendrá fehacientemente notificado con cualquier envío realizado por este medio.

(\*) Se deberán completar los espacios del tomador, persona física, con los datos referidos al *(marque con una cruz la opción correcta)*:

Representante legal  Apoderado  y/o autorizado de la persona jurídica.

En el caso de personas jurídicas, se deberá adjuntar la siguiente información/documentación siempre que no la hubiere presentado o estuviese desactualizada:

(I) Copia del estatuto social actualizado; (II) Copia del acta del órgano decisorio designando al representante legal, apoderado y/o autorizado; ambas certificadas por escribano público o por un autorizado por Beneficio S.A. Compañía de Seguros a tal efecto.

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido/s y Nombres/s del asegurado: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Tipo y N.º de Documento: \_\_\_\_\_  
CUIL/CUIT/CDI: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Piso/Dpto: \_\_\_\_\_ Cod. Postal: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_  
Prefijo telefónico: \_\_\_\_\_ Teléfono fijo laboral: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Ocupación / Profesión: \_\_\_\_\_ Capital Asegurado: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO**

Apellido/s y Nombres: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

**DETALLES DEL ACCIDENTE Y LESIONES / FALLECIMIENTO QUE DIERAN ORIGEN AL RECLAMO**

Fecha del accidente que diera origen a la lesión / fallecimiento del Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Lugar de ocurrencia del accidente: \_\_\_\_\_  
El accidente ocurrió en ocasión o con motivo del trabajo?: \_\_\_\_\_  
Efectúe una descripción lo más detallada posible de la ocurrencia del accidente: \_\_\_\_\_  
Fecha de la primera manifestación invalidante o del fallecimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Pérdida / Lesión sufrida: \_\_\_\_\_  
Diagnósticos: \_\_\_\_\_  
Tratamientos seguidos: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROFESIONAL/ES TRATANTE/S DE LA PÉRDIDA / LESIÓN SUFRIDA**

I. Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_  
Nº de Matrícula Provincial: \_\_\_\_\_ Nº de Matrícula Nacional: \_\_\_\_\_  
Tipo y número de Documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
II. Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_  
Nº de Matrícula Provincial: \_\_\_\_\_ Nº de Matrícula Nacional: \_\_\_\_\_  
Tipo y número de Documento: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a Beneficio S.A Compañía de Seguros, a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información. (Sólo en caso de ser sujeto obligado) Declaro que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha  
\_\_\_\_\_  
Lugar  
\_\_\_\_\_  
Firma del denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL QUE ASISTIERA AL ASEGURADO POR SU INCAPACIDAD

Por la presente certifico que desde el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_ he atendido y tratado al paciente \_\_\_\_\_ (marque con una cruz la que corresponda)  LE  LC  DNI  CI N.º \_\_\_\_\_ por la afección cuya descripción se detalla a continuación.

Diagnóstico y Estadío: \_\_\_\_\_

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera manifestación invalidante: \_\_\_\_\_

Discapacidad existente – Descripción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Conoce usted si el asegurado estuvo internado a causa de la afección? De ser de vuestro conocimiento, por favor consignar

Establecimientos Asistenciales y fechas: \_\_\_\_\_

Otros comentarios que considere de interés: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Lugar

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del profesional