

DENUNCIA DE SINIESTRO

Seguro de Personas

PÓLIZA N°

FECHA DE DENUNCIA

FECHA DE SINIESTRO

Lea cuidadosamente la información solicitada y responda TODAS las preguntas, con la mayor claridad y amplitud posible.

COBERTURA AFECTADA

- ☐ Vida ☐ Accidentes Personales ☐ Asistencia Médico-Farmacéutica ☐ Invalidez Total y Permanente
☐ Gastos por sepelio

• ASEGURADO

Apellido

Nombres

DNI

CUIL/CUIT

Domicilio

Ciudad

Provincia

Cód. Postal

País

Nacionalidad

Fecha de Nacimiento

Sexo

M

F

Teléfono

Email

• DETALLE DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia

Hora (24hs.)

Referencia (Domicilio particular, lugar de trabajo, vía pública, etc.)

Calle

Número

Localidad

Provincia

CP

Causa

¿Cómo ocurrió? (le rogamos indique con precisión los detalles del siniestro)

¿Se hizo denuncia policial? SI ☐ NO ☐

Comisaría | Juzgado | Fiscalía interviniente: _____

• EN CASO DE FALLECIMIENTO/INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMPLETAR:

☐ Accidente ☐ Causas naturales (Adjuntar información médica relacionada con la enfermedad causante del fallecimiento)

¿En qué otras compañías y por qué sumas estaba asegurada la vida del Asegurado?

¿Existe declaración de beneficiarios? SI ☐ NO ☐ DESCONOZCO ☐

• EN CASO DE NO EXISTIR DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS, ¿QUIENES SON LOS HEREDEROS LEGALES?

APELLIDO	NOMBRES	DNI	PARENTESCOS

• COMPLETAR EN CASO QUE SE TRATE DE ACCIDENTES PERSONALES:

LUGAR DE OCURRENCIA

☐ EN EL TRABAJO ☐ EN OTRO CENTRO O LUGAR DEL TRABAJO ☐ AL IR O VOLVER DEL TRABAJO (IN-ITINERE)
☐ DESPLAZAMIENTO EN DÍA LABORAL ☐ REAPERTURA ☐ OTRO: _____

Tarea habitual

Tarea desarrollada al momento del accidente

• DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR SEGÚN EL TIPO DE SINIESTRO:

COBERTURA

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA ¹

VIDA - ACCIDENTE ²

- Copia certificada de la partida o certificado de defunción.
- Copia de la causa penal (de corresponder).

VIDA - CAUSAS NATURALES/ENFERMEDAD ²

- Copia certificada de la partida o certificado de defunción.
- Historia clínica.

ASISTENCIA MÉDICO FARMACÉUTICA
(NO PRESTACIONAL)

- Orden o receta médica a nombre del asegurado que prescribe la necesidad del medicamento, tratamiento, análisis o prestación según se trate.
- Factura a nombre del asegurado por la prestación/medicamento indicado.
- Troquel original de los medicamentos adquiridos.

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

- Documentación pertinente que incluya el alta y los certificados a nombre del asegurado que acrediten el grado de invalidez.

SEPelio

- Certificado de Defunción
- Factura original de Servicio de Sepelio, en la cual se detalle sobre quién fue efectuado dicho servicio.
- Constancia de Conformidad de Servicio de Sepelio firmada por familiar responsable.

1- Deberá presentarse de forma digital a la casilla siniestros@mistaseguros.com.ar

2- En caso de no existir Declaración de Beneficiarios, deberán aportar Declaratoria de Herederos legalizada.

• DENUNCIANTE

Apellido	Nombres	DNI
CUIL/CUIT	Domicilio	
Ciudad	Provincia	Cód. Postal
País	Nacionalidad	Fecha de Nacimiento
	Sexo	M ☐ F ☐
Vínculo con el Asegurado	Teléfono	Email

Declaración Jurada Persona Expuesta Políticamente

Habiendo tomado conocimiento de la nómica de Personas Expuestas Políticamente determinada por la Unidad de Información Financiera ([click AQUÍ para ver el documento](#)), declaro bajo juramento que **SI** ☐ **NO** ☐ (marcar la opción que corresponda) me encuentro incluido dentro de la nómina.

En caso de respuesta afirmativa, indicá el motivo: _____

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

Importante: Para que la denuncia sea válida, todos los campos deben estar completos 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". 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 de 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.

Me obligo ante **Mista Seguros de Personas S.A.** 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.gob.ar o vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar

El tomador, o derechohabiente en su caso, comunicará al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los tres días de conocerlo. Además, el asegurado está obligado a suministrar al asegurador, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. (Art. 46 de la Ley 17.418)

En mi carácter de TOMADOR/ASEGURADO/BENEFICIARIO, solicito que la documentación asociada a esta denuncia de siniestro sea remitida electrónicamente a la dirección de correo electrónico informada.

Firma y aclaración

Lugar y Fecha