

Formulario de denuncia de Fractura de HuesosPor favor, respondé las preguntas en forma clara y completa. **No omitas ninguna.****Datos del Beneficiario**

Nombre/s y Apellido/s Nacionalidad:

Género: Femenino Masculino No Binario

Domicilio: Localidad:

Provincia: Código Postal:

Tipo y N° de documento Fecha de nacimiento/...../..... DD/MM/AAAA

Tel. Particular Tel. Celular E-mail

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados? Si No

En función de la Resolución UIF N° 28/2018, Cardif Seguros S.A. debe requerir a sus clientes le informen si son Personas Políticamente Expuestas (PEPs) o si se encuentran relacionados a alguna de ellas.

Si tenés dudas ingresa a:

<https://www.argentina.gob.ar/uif/preguntas-frecuentes-generales-uif/personas-expuestas-politicamente>

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 ha leído la "Nomina de Personas Expuestas Políticamente" que se encuentra publicada en la web de Cardif Seguros SA y que

 SI soy una Persona Expuesta Políticamente NO soy una Persona Expuesta Políticamente**En caso afirmativo**, se indica el Organismo Estatal en donde me desempeño, así como mi cargo, función o jerarquía:

.....

**Forma de pago**

Nombre y apellido del Titular de la cuenta:

N° de CUIT/CUIL del titular de la cuenta (11 dígitos): - -

Nombre del Banco:

N° de CBU (22 dígitos)

Si no tenés una cuenta bancaria propia, podés usar la cuenta de un tercero/a. Tené en cuenta que deberás:

- Informarnos el parentesco / relación con esta persona
- Presentar el Formulario PEP (Personas Expuestas Políticamente) completo y firmado por el tercero adjuntando copia del DNI

.....
.....

**Datos del siniestro**

Indique fecha exacta y lugar:

Naturaleza y circunstancias de la fractura (desarrolle):

.....
.....
.....

Si Ud. posee informes de médico o de hospital en cuanto al tratamiento recibido en el caso de la enfermedad sufrida, le rogamos nos haga llegar una copia de los mismos.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento a **CARDIF Seguros S.A.** para recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Información Importante

- Deberás presentar:
 - Este formulario de Denuncia completo
 - Documentación medica que acredite la fractura reclamada en detalle

Deberás entregar la documentación a la Compañía inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho.

La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros No 17.418.

Asimismo te informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del Denunciante

.....
Aclaración