

DENUNCIA DE HOSPITALIZACIÓN

FOR-STRO-11-B



DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos completos _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Correo electrónico _____

Presto conformidad a fin de que cualquier pedido/envío de información/documentación, así como cualquier tipo de comunicación, sea cursado, indistintamente, al domicilio real o correo electrónico declarados en el presente, o en los que en su futuro los reemplacen. Las notificaciones allí cursadas serán consideradas completamente válidas en los términos del art. 16 de la Ley de Seguros.

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

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 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. Declaro bajo juramento que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO

Indicar la fecha en la cual comenzó su internación ____/____/____

Indicar la fecha de alta de su internación ____/____/____

Establecimiento donde se produjo la internación _____

Describe brevemente el motivo de su internación _____

Si su internación se debió a un accidente, conteste las siguientes preguntas:

a) ¿Trabajaba Ud. cuando ocurrió el accidente? SI ___ NO ___

b) ¿Cuándo ocurrió el accidente? ____/____/____ ¿Dónde? _____

c) Describa detalladamente el accidente: _____

Sírvase proporcionar, acompañando a la presente declaración, toda documentación (historia clínica completa; copia simple de actuaciones judiciales y/o administrativas y/o policiales labradas con motivo del accidente, si corresponde) que sirvan para la comprobación del siniestro. Asimismo, rogamos adjuntar copia de su DNI.

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ASEGURADO