

EJEMPLOS: FALLECIMIENTO/INCAPACIDAD TRAUMÁTICA: SUICIDIO – HOMICIDIO – ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO – ACCIDENTE LABORAL – ACCIDENTE DEPORTIVO
FALLECIMIENTO/INCAPACIDAD NO TRAUMÁTICA: ENFERMEDAD DEL CORAZÓN – ENFERMEDAD TERMINAL – MUERTE NATURAL

SEÑORES BHN VIDA S.A. / BANCO HIPOTECARIO S.A. (SEGÚN CORRESPONDA) SOLICITO SE INICIE EL TRÁMITE POR EL SINIESTRO DENUNCIADO, CUYOS DATOS SE INDICAN EN EL PRESENTE FORMULARIO.

DECLARO QUE TODOS LOS DATOS ESPECIFICADOS EN LA PRESENTE DENUNCIA SON VERACES Y EXACTOS, RESPONSABILIZÁNDOME POR CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA U OMISIÓN. EN TAL SENTIDO, ME COMPROMETO A INTEGRAR LA INFORMACIÓN ASÍ COMO ACOMPAÑAR LA DOCUMENTACIÓN ADICIONAL REQUERIDA POR LA ASEGURADORA DENTRO DEL PLAZO NOTIFICADO A TAL FIN.

ASIMISMO, POR MEDIO DE LA PRESENTE ME COMPROMETO A CONTINUAR CON EL PAGO DEL/LOS SERVICIO/S DEL/LOS PRODUCTO/S FINANCIERO/S OTORGADO/S OPORTUNAMENTE AL ASEGURADO, SALVO SE ME NOTIFIQUE EN FORMA FEHACIENTE LO CONTRARIO.

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA REQUERIDA:

FALLECIMIENTO

- * CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (COPIA CERTIFICADA POR PERSONAL AUTORIZADO DEL BANCO O LEGALIZADA POR PODER JUDICIAL, ESCRIBANO PÚBLICO, POLICÍA FEDERAL, GENDARMERÍA NACIONAL)
- * MUERTE TRAUMÁTICA O POR ACCIDENTE: COPIA SIMPLE DE LA CAUSA PENAL COMPLETA, QUE INCLUYA EL RESULTADO DE LA AUTOPSIA, DEL EXAMEN DE ALCOHOLEMIA Y TOXICOLÓGICO)
- * EN EL CASO DE EXISTIR UN REMANENTE, COPIA DE DECLARATORIA DE HEREDEROS SI EL ASEGURADO NO HUBIERA DESIGNADO BENEFICIARIOS ASIMISMO, SE SOLICITARA COPIA SIMPLE DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE LOS BENEFICIARIOS Y EN CASO DE SER MENORES DE EDAD DEBERÁ ADJUNTAR COPIA SIMPLE DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO.

INCAPACIDAD / ENFERMEDADES CRÍTICAS

- * COPIA SIMPLE DE LA HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, FICHAS DE ATENCIÓN POR CONSULTORIO PARTICULAR, SERVICIO DE EMERGENCIAS, INTERNACIONES, ETC. Y/O COPIA DEL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD EMITIDO POR UN ORGANISMO PÚBLICO.

RENTA POR HOSPITALIZACIÓN / GASTOS MÉDICOS

- * DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS HECHOS, MENCIONANDO LA FORMA Y EL MODO EN QUE LOS MISMOS OCURRIERON, HISTORIA CLÍNICA COMPLETA. FECHA DE INGRESO Y EGRESO AL CENTRO ASISTENCIAL EMITIDA POR DICHA INSTITUCIÓN MÉDICA. COMPROBANTES DE GASTOS MÉDICOS/FARMACÉUTICOS CON LA COPIA DE LA RESPECTIVA RECETA.
- * CONFORME EL ART. 9 DE RESOLUCIÓN N° 91/10 DE ARBA Y LA RESOLUCIÓN 42/13 (LEY 10197) DE LA ADMINISTRADORA TRIBUTARIA DE ENTRE RÍOS, AQUEL BENEFICIARIO QUE POSEA DOMICILIO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES O ENTRE RÍOS RESPECTIVAMENTE, Y/O RECIBA EL PAGO DEL BENEFICIO EN DICHA PROVINCIA, DEBERÁ ACREDITAR LA PRESENTACIÓN DE LA RESPECTIVA DECLARACIÓN JURADA DEL TRIBUTO PERTINENTE.

CUIDADOS PROLONGADOS

- * DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS HECHOS, MENCIONANDO LA FORMA Y EL MODO EN QUE LOS MISMOS OCURRIERON.
- * CONSTANCIAS DE INTERVENCIÓN POLICIAL O DILIGENCIAS JUDICIALES.
- * COPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, DONDE EXPRESE LA CAUSA Y NATURALEZA DE LAS LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO, SUS CONSECUENCIAS CONOCIDAS O PRESUNTAS Y LA CONSTANCIA DE QUE SE ENCUENTRA SOMETIDO A UN TRATAMIENTO MÉDICO RACIONAL.
- * DOCUMENTACIÓN PERTINENTE QUE ACREDITE LA HOSPITALIZACIÓN: REGISTRO EXPEDIDO POR EL HOSPITAL CON INDICACIÓN DE FECHA DE INGRESO Y ALTA DEL ASEGURADO, CERTIFICADO MÉDICO EN EL QUE CONSTE EL MOTIVO DE LA HOSPITALIZACIÓN.
- * COMPROBANTES DE PAGOS EN CONCEPTO DE CUIDADO/ASISTENCIA.

LA PRESENTE INFORMACIÓN DEBERÁ SER REMITIDA A BHN VIDA S.A. / BANCO HIPOTECARIO S.A. (SEGÚN CORRESPONDA) DENTRO DEL PLAZO DE 72 HS. DE REALIZADA LA PRESENTE DENUNCIA DEL SINIESTRO.

TOMO CONOCIMIENTO QUE LA ASEGURADORA SE ENCUENTRA FACULTADA PARA REQUERIRME TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DAR CUMPLIMIENTO CON EL RÉGIMEN DE PREVENCIÓN DE LAVADO Y OTRAS ACTIVIDADES ILÍCITAS (LEY 25.246, RESOLUCIONES DE UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA Y DEMÁS RESOLUCIONES QUE RESULTEN APLICABLES), COMPROMETIÉNDOME A SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS QUE A ESTOS EFECTOS ME FUESEN SOLICITADOS.

ASIMISMO, DECLARO CONOCER, ACEPTAR Y AUTORIZAR A BANCO HIPOTECARIO S.A. Y A CUALQUIERA DE SUS SOCIEDADES CONTROLANTES, CONTROLADAS Y/O VINCULADAS A UTILIZAR LA INFORMACIÓN Y/O DATOS Y/O DOCUMENTACIÓN PRESENTADA POR ESTE A LOS FINES DE DAR CUMPLIMIENTO CON LA LEY N° 25.246 (LEY DE ENCUBRIMIENTO Y LAVADO DE ACTIVOS DE ORIGEN DELICTIVO) Ó LA NORMA QUE LA REEMPLACE EN EL FUTURO Y LAS RESOLUCIONES COMPLEMENTARIAS DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA”

“EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES TIENE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A LOS MISMOS EN FORMA GRATUITA A INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE SE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO CONFORME A LOS ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 14, INCISO 3 DE LA LEY N° 25.326”. “LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY N° 25.326, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE SE INTERPONGAN CON RELACIÓN AL INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES”.

EL ABAJO FIRMANTE, DECLARA BAJO JURAMENTO, QUE LA INFORMACIÓN Y DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO SON CORRECTOS, VERACES Y COMPLETOS, Y QUE NO SE HA OMITIDO NI FALSEADO DATO ALGUNO, SIENDO FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD.

LUGAR Y FECHA:

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| FIRMA DEL ASEGURADO / DENUNCIANTE | NOMBRE/S Y APELLIDO/S COMPLETOS (SIN ABBREVIATURAS NI INICIALES) | DOCUMENTO: TIPO Y N° |
|--|---|-------------------------------|

MUY IMPORTANTE UD. PUEDE ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN DE SINIESTROS A CORREO POSTAL APARTADO ESPECIAL N° 90 (C1000WAA) – CORREO CENTRAL O BIEN POR CORREO ELECTRÓNICO A: SINIESTROS@HSEGUROS.COM.AR