



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

CUIDADOS PROLONGADOS

EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

1. **Completa el formulario**
2. **Escanea la documentación a presentar**
3. **Envíala por e-mail a argentina_siniestros@assurant.com o por correo postal***

Documentación a presentar

- Fotocopia de la historia clínica y de toda documentación probatoria de la incapacidad.

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cuenta

NOMBRE Y APELLIDO:

NÚMERO DE DNI:

CUIL/CUIT/CDI:

DIRECCIÓN DE CORREO
ELECTRÓNICO:

INFORMACIÓN DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE NO PODER CONTACTAR AL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO:

VÍNCULO

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

SECCIÓN 2 - Datos del siniestro

LUGAR DEL SINIESTRO:

FECHA:

HORA

¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS
SE PRODUJO EL ACCIDENTE?

INDICÁ LAS LESIONES SUFRIDAS

¿TENÉS OTRA COBERTURA SIMILAR
CONTRATADA CON OTRA COMPAÑÍA?: NO SÍ

NOMBRE DE LA ASEGURADORA:

PÓLIZA N.°

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL MÉDICO TRATANTE

¿EN CUÁLES DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DIARIAS CONSIDERA USTED QUE EL
PACIENTE REQUIERE ASISTENCIA DE PARTE DE OTRA PERSONA?

¿CUÁL FUE LA FECHA QUE TRATÓ AL PACIENTE
POR PRIMERA VEZ PARA ESTA CONDICIÓN?

¿CONSIDERA USTED QUE LA AFECCIÓN ES
PERMANENTE E IRREVERSIBLE?

COMER	➡	SÍ	No
VESTIRSE	➡	SÍ	No
CAMINAR	➡	SÍ	No
LEVANTARSE DE LA CAMA Y ACOSTARSE	➡	SÍ	No
USAR EL SERVICIO SANITARIO	➡	SÍ	No

(Marque la o las actividades e indique la fecha aproximada en que comenzó a recibir asistencia, e indique la condición de la afección del paciente)

FIRMA DEL MÉDICO / SELLO

FECHA

Autorización de cobro

En caso de no poseer cuenta bancaria, indicanos la una persona autorizada para recibir la transferencia:

Nombre y apellido del titular:

DNI del titular:

CUIT o CUIL del titular de la cuenta:

Tipo y número de cuenta: Caja de ahorro: Cuenta corriente: Número de cuenta:

Número de CBU (22 dígitos)

Una vez efectuado el depósito en la cuenta informada, declaro no tener nada más que reclamar a Assurant Argentina Cia. de Seguros S.A. por el referido pago.

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 11/2011, N° 52/2012, N° 28/2018, N° 134/2018 y N° 15/2019 de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer los requisitos de información que le/s será/n requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación "

NOMBRE Y APELLIDO
DEL DENUNCIANTE:

NÚMERO DE DNI:

CUIL/CUIT/CDI:

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO

.....
FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA