



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

POR CUIDADOS PROLONGADOS

EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

1. Completa el formulario
2. Escanea la documentación a presentar
3. Enviala 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.

Indica con una marca si estás de acuerdo en recibir notificaciones relativas a tu siniestro en la casilla de correo electrónico informada en este formulario. Las mismas se considerarán notificaciones fehacientes.

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cuenta

NOMBRE DE LA ENTIDAD
QUE OTORGÓ LA PÓLIZA

NOMBRE Y APELLIDO:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

DOMICILIO REAL:
(CALLE/C. POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)

ESTADO CIVIL:

NACIONALIDAD:

OCUPACION:

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

CUIL/CUIT/CDI:

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

¿CON QUIÉN VIVÍS?
(al momento de la denuncia)

SOLO
CON CÓNYUGE

CON HIJOS
OTROS



¿DÓNDE VIVÍS?
(al momento de la denuncia)

CASA PRIVADA
HOSPITAL

INSTITUCIÓN ASISTENCIAL
CASA DE CONVALECENCIA

INSTITUCIÓN GERIÁTRICA
OTROS



¿TENÉS OTRA COBERTURA SIMILIAR
CONTRATADA CON OTRA COMPAÑÍA?: NO sí

→ ¿PODRÍAS DARNOS NOMBRE Y NÚMERO
DE PÓLIZA DE LA COMPAÑÍA?

PÓLIZA N.°

¿CUÁL ERA TU OCUPACIÓN ANTES
DE HABER SUFRIDO EL SINIESTRO?

¿CUÁNDO FUE EL ÚLTIMO DÍA EN QUE TRABAJASTE ?

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 / Medico de cabecera / Representante legal

LUGAR, FECHA Y
HORA DEL SINIESTRO:

FECHA:

HORA

¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS
SE PRODUJO EL ACCIDENTE?

¿CUÁLES FUERON LAS CAUSAS
INMEDIATAS DEL ACCIDENTE?

¿HUBO INTERVENCIÓN POLICIAL? SÍ NO ¿SE LEVANTO SUMARIO? SÍ No ¿EN QUÉ COMISARÍA?

¿HUBO INTERVENCIÓN JUDICIAL? NO SÍ ➔ Sí, por favor indicanos: Juzgado,
Secretaría y Dto. Judicial interviniente:

INDICÁ LAS LESIONES SUFRIDAS

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 CONDICION?

¿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)

¿ESTABA HOSPITALIZADO? NO SÍ ➔ ¿HOSPITAL O CLÍNICA?
NOMBRE Y DIRECCIÓN:

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

LUGAR Y FECHA

Datos de tu médico de cabecera

APELLIDO Y NOMBRE
DEL PROFESIONAL

MATRICULA PROFESIONAL N.º

DOMICILIO REAL:
(CALLE/CIUDAD/PROVINCIA)

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE
CORREO ELECTRÓNICO

Datos de tu representante legal

Indicanos, por favor, en caso de poseer, los siguientes datos de contacto de tu representante legal

NOMBRE Y APELLIDO

DOMICILIO REAL:
(CALLE/CIUDAD/PROVINCIA)

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE
CORREO ELECTRÓNICO

AUTORIZACIÓN DE COBRO

Autorizo a Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A. a depositar la indemnización que correspondiera en la cuenta de:

, DNI

cuyos datos bancarios son: Tipo y número de cuenta: C. de ahorros Cta. Corriente

CBU de la cuenta (22 dígitos):

CUIT o CUIL del titular de la cuenta:

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

**Recordá que el CBU informado debe pertenecer a una cuenta que este OPERATIVA y que el CUIT/CUIL informado DEBE CORRESPONDER AL TITULAR DE DICHA CUENTA (y no a otra persona).
Caso contrario, la transferencia se rechazará.**

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las resoluciones 11/2011, 52/2012 y 202/2015 de la Unidad de Información Financiera s/Ley 25.246 y conocen 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.

.....
FIRMA DEL DENUNCIANTE

LUGAR Y FECHA