



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

ENFERMEDADES CRÍTICAS

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

- Copia de la historia clínica.
- Informe médico de su especialista de cabecera con diagnóstico de la enfermedad que padece, fecha del mismo y tratamientos realizados con su respectiva evolución.
- Protocolos de estudios diagnósticos según la enfermedad padecida, biopsia, protocolo anatomopatológico, resonancia magnética nuclear, tomografías, perfusión con talio, ergometrías, electromiograma, marcadores de laboratorio, etc.
- Indica nombre, dirección y teléfono de tu médico de cabecera.

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

Datos del titular de la cuenta, adicional o reclamante

NOMBRE DE LA ENTIDAD
QUE OTORGÓ LA PÓLIZA

NOMBRE Y APELLIDO
DEL TITULAR:

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

¿HAS HECHO ALGÚN RECLAMO PREVIO?: SÍ NO

SI TU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿CUÁNDO?:

INDICA CUÁL ES LA ENFERMEDAD
QUE SUFRE EL ASEGURADO:

CÁNCER
APOPLEGIA
DISTROFIA

ESCLEROSIS
TRASPLANTE
INSUFICIENCIA RENAL

PARÁLISIS
INFARTO DE MIOCARDIO
BYPASS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

Datos del titular de la cuenta, adicional o reclamante (cont.)

NOMBRE Y APELLIDO DEL
ADICIONAL O RECLAMANTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

NACIONALIDAD:

OCUPACION:

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

NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR

NÚMERO DE TELÉFONO PARTICULAR

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 adhieren 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