# Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A.

Ing. Enrique Butty 240 Piso 15 - (C1001AFB) CABA - Argentina (\*)

Teléfono: 0810-222-8400

argentina\_siniestros@assurant.com http://www.assurantsolutions.com/argentina



### FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

## **FALLECIMIENTO**

#### EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

- 1. Completa el formulario
- 2. Adjunta la documentación a presentar
- 3. Enviala por correo postal\* (preferentemente certificada)

#### Documentacion a presentar

- Copia Certificada original de la partida de defunción.
- Haga completar la sección 2 por el profesional médico que haya asistido al asegurado.
- Si el deceso del asegurado fue por muerte accidental, copia de la causa penal o sumario policial.
- Copia del resúmen de la tarjeta de crédito (verificá que la fecha de cierre sea posterior a la fecha del siniestro).

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<br>QUE OTORGÓ LA PÓLIZA          |                               |  |   |       |  |  |  |  |
| NOMBRE Y APELLIDO<br>DEL TITULAR:                     |                               |  | FECHA DE NACIMIENTO:                            | EDAD: |  |  |  |  |
| DOMICILIO REAL:<br>(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 DEL DENUNCIANTE |       |  |  |  |  |

#### **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 (22digitos):

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 Cia. 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   | LUGAR Y FECHA                   |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| SECCIÓN 2 - Declaración del médico que asi   | stio al fallecin  | niento del aseg                 | urado                                    |                  |               |                       |  |  |  |  |
| Apellido y nombre del asegurado:   |   | J                               |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos:   | EDAD  | años                            | Estatura                                 | cm               | Peso          | kg                    |  |  |  |  |
| Lugar del fallecimiento  |   | Fecha y hora                    | del fallecimiento                        |                  |               | h.                    |  |  |  |  |
| Si era su médico de cabecera, indique desde qué fecha:   |   |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| ¿De qué enfermedades anteriores a la que ocasionó la muerte lo   | o atendió o fue cons  | ultado? (Indique fecha          | s y resultados):                         |                  |               |                       |  |  |  |  |
| 11.Ultima enfermedad y síntoma que presentaba:   |   |                                 | Fecha a que podría<br>por síntomas e his |                  |               |                       |  |  |  |  |
| Tratamiento médico y/o quirúrgico<br>de su ultima enfermedad:  |   | ¿Cuál fue su o<br>acerca del fa |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| Si se realizaron análisis, radiografias y/u otras pruebas diagnósticas, indique cuáles y dónde se encuentran.            |   |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| Si el asegurado conocía la enfermedad<br>que sufría, indique desde qué fecha   |   |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| SI se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem, indique cuál, por quién y conclusiones: |   |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| Según su criterio,¿desde qúe fecha estuvo impedido de atender sus obligaciones?  | Influyó en el fallecimiento, directa o indirectamente, el abuso<br>de alcohol o drogas, la ocupación o la residencia del asegurado? Indique cuál. |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| Si sabe que haya padecido de otras enfermedades de importancia   | a no atendidas por U  | d., menciónelas. (Si es         | posible indique fech                     | as y secuelas).  | Fecha         | Secuela               |  |  |  |  |
|  |   |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| Certifico por este medio que la información anterior se baso   | n en probabilidades   | s médicas razonables            | y que, a mi mejor s                      | saber y entender | , la misma es | verdadera y correcta. |  |  |  |  |
| APELLIDO Y NOMBRE<br>DEL PROFESIONAL   | MATRICULA PROFESIONAL N.°   |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| DOMICILIO REAL:<br>(CALLE/C. POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)  |   |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| NÚMERO DE TELÉFONO   |   | DIRECCIÓN D<br>CORREO ELEC      |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
|  |   |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| FIRM DEL MEDICO (CELLO   |   |                                 |  |                  |               |                       |  |  |  |  |
| FIRMA DEL MEDICO / SELLO   |   | LUGAR Y FEC                     | HA                                       |                  |               |                       |  |  |  |  |