



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL

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 del resumen de la tarjeta de crédito (verificá que la fecha de cierre sea posterior a la fecha del siniestro).
- Copia completa de la historia clínica de la institución donde fuera atendido el asegurado y de todo antecedente médico.
- Talón de pago por trabajador autónomo o copia del último recibo de sueldo si es trabajador estatal.
- Declaración del médico sobre la Incapacidad del asegurado (adjuntá al presente formulario).
- Copia del DNI del asegurado.

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
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

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.

.....
FIRMA DEL DENUNCIANTE

LUGAR Y FECHA

SECCIÓN 2 - Declaración del asegurado

OCUPACIÓN

ÚLTIMO DÍA
TRABAJADO

BREVE DESCRIPCIÓN DE TUS TAREAS Y RESPONSABILIDADES

INDICÁ DE QUE MANERA LA INCAPACIDAD TE IMPIDE DESARROLLAR TU ACTIVIDAD LABORAL

SECCIÓN 3 - Declaración del médico

APELLIDO y NOMBRE DEL PACIENTE:

DESCRIBA LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN QUE OCASIONO LA INCAPACIDAD:

¿HA SUFRIDO EL PACIENTE ALGUNA VEZ DE OTRA CONDICIÓN IGUAL O SIMILAR?: Sí No SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE LA CONDICIÓN: ¿CUÁNDO APARECIERON LOS SÍNTOMAS POR PRIMERA VEZ U OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

INDIQUE LOS NOMBRES Y LAS DIRECCIONES DE OTROS MÉDICOS QUE ATIENDEN AL PACIENTE (ADJUNTE UNA HOJA ADICIONAL, SI ES NECESARIO):

INDIQUE LAS FECHAS EN QUE EL PACIENTE RECIBIO TRATAMIENTO DESDE EL COMIENZO DE LA CONDICIÓN:

INDIQUE LAS FECHAS EXACTAS EN QUE QUEDO TOTALMENTE INCAPACITADO (PARA TRABAJAR): DESDE HASTA

¿ESTA TODAVIA EL PACIENTE BAJO SU TRATAMIENTO?: Sí FECHA ESTIMADA EN QUE EL PACIENTE REGRESARA AL TRABAJO
No FECHA EN QUE SE DIO DE ALTA AL PACIENTE PARA REGRESAR A SU TRABAJO

IMPEDIMENTOS FISICOS (*SEGUN SE DEFINEN EN EL DICCIONARIO FEDERAL DE CARGOS OCUPACIONALES)

- Clase 1. No tiene limitaciones de capacidad funcional; capaz de realizar trabajos pesados. *No tiene restricciones (0-10%)*.
- Clase 2. Actividad manual medida*(15-30%).
- Clase 3. Limitación ligera de capacidad funcional; capaz de realizar trabajo ligero (35-55%)*.
- Clase 4. Limitación moderada de capacidad funcional; capaz de realizar trabajo de oficina/administrativo (sedentario) (60-70%)*.
- Clase 5. Limitación severa de capacidad funcional; incapaz de realizar un mínimo de actividad (sedentario) (75-100%)*.

OBSERVACIONES

PROGNOSIS/COMENTARIOS:

Certifico por este medio que la información anterior se basa en probabilidades médicas razonables y que a mi entender la misma es verdadera y correcta.

APELLIDO Y NOMBRE
DEL PROFESIONAL

MATRICULA PROFESIONAL N.º

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

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE
CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

LUGAR Y FECHA

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.