



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

INCAPACIDAD CONTINUA

IMPORTANTE: Deberás presentar un formulario de reclamo con la información actualizada cada 30 días mientras continúes incapacitado para trabajar y enviarlo por mail a la casilla argentina_siniestros@assurant.com o por correo postal (*) para recibir los beneficios mensuales.

Datos a completar

SECCIÓN 1 - Declaración del asegurado

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:	NÚMERO DE RECLAMO:	
DOMICILIO REAL: (CALLE/C. POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)		
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO	CUIL/CUIT/CDI:	
DESCRIBÍ TUS ACTIVIDADES ACTUALES O CUALQUIER CAMBIO EN TU CONDICIÓN		
¿REGRESASTE AL TRABAJO DESDE TU INCAPACIDAD?	SI LA RESPUESTA ES SÍ, MENCIONA LA FECHA	¿SOLICITASTE AYUDA POR INCAPACIDAD?
SÍ NO / TIEMPO COMPLETO PARTE DEL TIEMPO		SÍ NO

SECCIÓN 2 - Declaración del médico (deberá suministrarse sin gasto alguno para la compañía de seguros)

APELLIDO y NOMBRE DEL PACIENTE:				
DIAGNÓSTICO:				
FECHAS DE TRATAMIENTOS DURANTE EL ÚLTIMO MES	FRECUENCIA DE LAS CONSULTAS:	Semanales	Mensuales	Otra
SIGUE USTED ATENDIENDO DURANTE EL ÚLTIMO MES: SÍ No	SI RESPONDE NEGATIVAMENTE, INDIQUE LA FECHA EN QUE SE DIO DE ALTA AL PACIENTE:	¿EXISTEN LIMITACIONES?		
INDIQUE LAS FECHAS EXACTAS EN QUE QUEDO TOTALMENTE INCAPACITADO (PARA TRABAJAR): DESDE		HASTA		
PRONOSTICO: ¿HA EVOLUCIONADO EL PACIENTE?		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	

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