



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

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, que diera origen a la internación.
- Fotocopia completa del estado de cuenta de su tarjeta de crédito, correspondiente al mes en que se produjo la internación.

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 (22dígitos):

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.

SECCIÓN 2 - Declaración del asegurado

OCUPACIÓN	INDICA SI FUE ACCIDENTE DE TRABAJO	SÍ	NO	EN CASO AFIRMATIVO ¿CUÁL ES TU ART?
POSEES OBRA SOCIAL O MEDICINA PREPAGA U OTROS	INDICA NOMBRE, APELLIDO, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TU MEDICO DE CABECERA			¿CUÁL?
SÍ No				

SECCIÓN 3 - Declaración del médico

APELLIDO y NOMBRE DEL PACIENTE:

DESCRIBA LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN QUE OCASIONÓ 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 SINTOMAS POR PRIMERA VEZ U OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

¿CUÁLES FUERON LOS PRIMEROS SINTOMAS?

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

INDIQUE SI LA INTERNACION FUE DERIVADA DE UN TRATAMIENTO No SÍ ¿CUÁL FUE ESE TRATAMIENTO?

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

SECCIÓN 4 - Declaración del establecimiento asistencial

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

LOCALIDAD

DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO DE TELÉFONO

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE

FECHA DE ALTA DEL PACIENTE

SI EL PACIENTE ESTUVO INTERNADO EN TERAPIA INTENSIVA: FECHA DE INGRESO

FECHA DE EGRESO

SE ENCUENTRA EN ESA INSTITUCION LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE SÍ No

EL PACIENTE FUE DERIVADO DE OTRO ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO SÍ No ¿CUÁL?

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE QUE CONSIGNO LOS DATOS

SELLO DEL NOSOCOMIO, HOSPITAL, CLINICA O ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

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