

PARA SUS ARCHIVOS-LLENE LA FECHA DE ENVIO

/ /



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Ing. Enrique Butty 240 Piso 15
C1001AFB – C.A.B.A. – Argentina
Teléfono: 0810 222 8400
Fax: (54 11) 4121 8666 int 241
www.assurant.com

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO POR ACCIDENTES PERSONALES

INSTRUCCIONES: Complete el presente formulario y adjunte la siguiente documentación

1. Complete las Secciones 1 y 3.
2. Adjunte una copia Certificada original de la partida de defunción.
3. Adjunte copia de la Causa Penal, Sumario Policial y/o Intervención del Juez.
4. Haga completar la sección 2, por el profesional médico que haya asistido al asegurado.
5. Adjunte nomina de beneficiarios.

SECCION 1				DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA				
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE OTORGO EL PRODUCTO			<input type="checkbox"/> NUMERO DE PRESTAMO <input type="checkbox"/> NUMERO DE TARJETA <input type="checkbox"/> NUMERO DE CUENTA / SUCURSAL		<input type="checkbox"/> NUMERO DE CUENTA DEL SERVICIO O NUMERO DE CLIENTE			
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR DEL PRODUCTO				DNI		FECHA DE NACIMIENTO / /		EDAD
NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE				DNI		FECHA DE NACIMIENTO / /		EDAD
DOMICILIO DEL DENUNCIANTE (CALLE/CODIGO POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)								
NUMERO DE TELEFONO COMERCIAL ()			NUMERO DE TELEFONO PARTICULAR ()			AGENTE/CODIGO DE CUENTA (USO INTERNO SOLAMENTE)		
¿USTED HA PRESENTADO UN RECLAMO ANTERIORMENTE?						SI ES AFIRMATIVO, ¿CUANDO?		
<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO			/ /		
<p>AUTORIZO a cualquier empleador, médico, hospital, clínica, u otro tipo de institución médica o relacionada con la medicina, a cualquier empresa de informes sobre crédito al consumidor, compañía de seguros o de reaseguros, asegurador, agencia de mantenimiento del orden, departamento de bomberos, u otra organización o persona en cuyo poder obren cualquier tipo de historias clínicas, datos o información relacionada con esta solicitud, a autoridad policial los datos o la información solicitada a Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A. Al firmar esta autorización, renuncio al derecho de carácter confidencial de dicha información, ya que la misma concierne al trámite o investigación de mi(s) reclamo(s). Cualquier fotocopia de esta autorización deberá considerarse con la misma efectividad y validez que su original.</p> <p>Reconozco que esta autorización se extiende a parte o a la totalidad de las historias clínicas que se soliciten, las cuales podrán incluir los tratamientos de enfermedades físicas y mentales, el abuso de alcohol y drogas y/o los resultados de la prueba o el diagnóstico y tratamiento del virus HIV/SIDA. Autorizo expresamente la divulgación de la información señalada anteriormente. Declaro bajo juramento que: (i) todos y cada uno de los datos e información consignados por el suscripto en el presente son completos, correctos y veraces; y (ii) que no he omitido, alterado, falseado y/o adulterado los datos e información declarados y/o la documentación que adjunto al presente. Asimismo, me comprometo a comunicar de inmediato a la Compañía todo y cualquier cambio o modificación que se produzca en relación a los mismos. Por último, dejo constancia de que el incumplimiento de la presente declaración jurada afectará legítimos derechos a la Compañía, lo cual me hará pasible de las sanciones civiles y penales contempladas en la legislación vigente. Efectúo la presente declaración en forma voluntaria y con pleno conocimiento de sus implicancias jurídicas y económicas.</p> <p>Esta autorización tendrá vigencia durante 6 meses a partir de la fecha de la firma.</p>								
FIRMA DEL DENUNCIANTE						FECHA		
X						/ /		

Pasados los 15 días de haber presentado la documentación completa, puede verificar el estado de su denuncia llamando al 0810 222 8400

SECCION 2

DECLARACIÓN DEL MÉDICO QUE ASISTIO AL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

1) ASEGURADO: APELLIDO		NOMBRES			
3) Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física al fallecer			4) Edad:	5) Estatura:	6) Peso:
			Años	m.	Kg.
a) Lugar del accidente		b) Día - Mes - Año		Hora en que se produjo el accidente	
c) Circunstancias en que se produjo					
d) ¿Sabe Ud. si se instuyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mórtem? En su caso podría indicar cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó)					
¿Influyó de modo especial directa o indirectamente el uso de bebidas alcoholicas o drogas, la ocupación o residencia del asegurado en el accidente que le produjera la muerte?					
e) Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial					
f) Instituciones donde estuvo internado					
g) Detalle de los tratamientos médicos y quirurgicos que le fueron practicados					
h) Complicaciones o interurrencias					
i) Diagnostico anatomoclínico final					
j) Causa final de la muerte					
k) Lugar en que se produjo el deceso (hospital, sanatorio, domicilio, etc.)					
l) Nomina de medicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso					
Observaciones					
Certifico por este medio que la información anterior se basa en probabilidades médicas razonables y que, a mi mejor saber y entender, la misma es verdadera y correcta.					
NOMBRE DEL MEDICO			CALLE/CODIGO POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA		
MATRICULA DE IDENTIFICACION MEDICA		NUMERO DE TELEFONO ()		NUMERO DE FAX ()	
FIRMA DEL MEDICO / SELLO X				FECHA / /	

SECCION 3**DATOS NECESARIOS PARA PERCIBIR SU BENEFICIO**

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA	CUIL/CUIT DEL TITULAR DE LA CUENTA
BANCO	CBU DE LA CUENTA
TIPO DE CUENTA Y NUMERO (CAJA DE AHORRO/CUENTA CORRIENTE)	
En caso de no poseer cuenta en alguna entidad bancaria, complete el punto "AUTORIZACIÓN DE COBRO", informándonos los datos bancarios de la persona autorizada por Ud. a percibir la indemnización que pudiera corresponder por el presente siniestro.	

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 N° de cuenta:

Banco:

N° de CBU (22 dígitos):

CUIL/CUIT 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.

Cuando se hayan completado todas las secciones requeridas, devuelva el formulario de comunicación a Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A. Ing. Butty 240 Piso 15 (C1001AFB)

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las resoluciones N° 32/2011 y N° 11/2011 de la Unidad de Información Financiera s/Ley N° 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.