

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.assurantsolutions.com.ar

## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO POR INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL

1. Complete la Sección 1 y la Sección 2.
2. Haga que su médico llene la Sección 3.
3. Adjunte fotocopia de la historia clínica, y de toda documentación probatoria.
4. Según el producto adjunte la siguiente documentación:
  - A) Préstamos: copia del alta
  - B) Tarjeta de Crédito: copia completa del resumen de la tarjeta de crédito, con fecha de cierre inmediatamente posterior a la fecha del siniestro.
  - C) Consumo de servicios: copia de la última factura del servicio del mes en que sufrió la incapacidad.
5. Adjunte talón de pago autónomo o monotributista.

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? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				EMAIL		SI ES AFIRMATIVO, ¿CUANDO? / /	
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. 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. Esta autorización tendrá vigencia durante 6 meses a partir de la fecha de la firma.							
FIRMA DEL DENUNCIANTE X						FECHA / /	

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 ASEGURADO

OCUPACION	ULTIMO DIA EN QUE TRABAJO / /
BREVE DESCRIPCION DE SUS TAREAS Y RESPONSABILIDADES	
INDIQUE DE QUE MANERA LA INCAPACIDAD IMPIDE DESARROLLAR SU ACTIVIDAD LABORAL	

## SECCION 3

## DATOS DEL TITULAR DE LA CUENTA

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		
DESCRIBA LA ENFERMEDAD O LA LESION QUE OCASIONO LA INCAPACIDAD		
¿HA SUFRIDO EL PACIENTE ALGUNA VEZ DE OTRA CONDICION IGUAL O SIMILAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES SI, ¿INDIQUE LA CONDICION?	¿CUANDO APARECIERON LOS SINTOMAS POR PRIMERA VEZ U OCURRIO EL ACCIDENTE? / /
INDIQUE LOS NOMBRES Y LAS DIRECCIONES DE OTROS MEDICOS QUE ATIENDEN AL PACIENTE (ADJUNTE UNA HOJA ADICIONAL, SI ES NECESARIO)		
INDIQUE TODAS LAS FECHAS EN QUE EL PACIENTE RECIBIO TRATAMIENTO DESDE EL COMIENZO DE LA CONDICION	INDIQUE LAS FECHAS EXACTAS EN QUE QUEDO TOTALMENTE INCAPACITADO (INCAPAZ DE TRABAJAR) DE / / A / /	
¿ESTA TODAVIA EL PACIENTE BAJO SU TRATAMIENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI EL PACIENTE ESTA TODAVIA BAJO SU TRATAMIENTO DE LA FECHA ESTIMADA EN QUE EL PACIENTE REGRESARA AL TRABAJO / /	SI NO ESTA BAJO SU TRATAMIENTO, DE LA FECHA EN QUE SE DIO DE ALTA AL PACIENTE PARA REGRESAR A SU TRABAJO. / /
SYSTOLICA/DIASTOLICA		
<b>IMPEDIMENTOS FISICOS (*SEGUN SE DEFINEN EN EL DICCIONARIO FEDERAL DE CARGOS OCUPACIONALES)</b>		
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- Limitacion ligera de capacidad funcional; capaz de realizar trabajo ligero.* (35-55%)		
Clase 4- Limitacion moderada de capacidad funcional; capaz de realizar trabajo de oficina/administrativo (sedentario) (60-70%)		
Clase 5- Limitacion severa de capacidad funcional; incapaz de realizar un minimo de actividad (sedentaria) (75-100%)		
OBSERVACIONES		
PROGNOSIS/COMENTARIOS:		
Certifico por este medio que la informacion anterior se basa en probabilidades medicas 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 Y SELLO X	FECHA / /	

**SECCION 4****DATOS NECESARIOS PARA PERCIBIR SU BENEFICIO  
(SOLO PARA LOS CASOS EN QUE LA POLIZA ASI LO CONTEMPLE)**

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.

**IMPORTANTE:**

El profesional interviniente deberá completar con exactitud todos los casilleros, especialmente aquellos referentes a las **fechas exactas de duración de la incapacidad**, y a las **fechas de regreso al trabajo**.

Le recordamos asimismo que la póliza establece un período de espera de 30 días, contados a partir de la fecha de inicio de la incapacidad. **Por lo tanto, el pago mínimo cuyo vencimiento opera en dicho lapso debe ser abonado por el socio.**

(\*) El resumen de tarjeta de crédito que debe enviar es aquel que tenga cierre de facturación posterior a la fecha de siniestro.

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.