



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 CUIDADOS PROLONGADOS

1. Complete el presente formulario.
2. Haga que su medico complete el formulario "Declaracion del medico tratante"
3. Adjunte fotocopia de la historia clinica, y de toda documentacion probatoria de la incapacidad.

SECCION 1		DATOS TITULAR DE LA CUENTA	
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE OTORGO EL PRODUCTO		<input type="checkbox"/> NUMERO DE PRESTAMO	<input type="checkbox"/> NUMERO DE CUENTA DEL SERVICIO O NUMERO DE CLIENTE
		<input type="checkbox"/> NUMERO DE TARJETA	
		<input type="checkbox"/> NUMERO DE CUENTA / SUCURSAL	
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR		DNI	FECHA DE NACIMIENTO / /
NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE		DNI	FECHA DE NACIMIENTO / /
DOMICILIO DEL TITULAR (CALLE/CODIGO POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)			
NUMERO DE TELEFONO COMERCIAL ()	NUMERO DE TELEFONO PARTICULAR ()	E-MAIL	
¿USTED HA PRESENTADO UN RECLAMO ANTERIORMENTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			SI ES AFIRMATIVO, ¿CUANDO? / /
<p>AUTORIZO a cualquier empleador a cualquier empresa de informes sobre crédito al consumidor, compañía de seguros o de reaseguros, asegurador, autoridad policial, departamento de bomberos, u otra organización o persona en cuyo poder obren cualquier tipo de datos o información relacionada con esta solicitud, a entregar 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>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 X			FECHA / /
LUGAR DONDE RESIDE AL MOMENTO DE LA DENUNCIA			
() CASA PRIVADA	() INSTITUCION DE ASISTENCIA	() INSTITUCION DE CIUDADOS GERIATRICOS	
() HOSPITAL	() CASA DE CONVALENCIA	() OTROS, ESPECIFIQUE:	
CON QUIEN VIVE (AL MOMENTO DE LA DENUNCIA)			
() VIVE SOLO/A	() VIVE CON CONYUGE		
() VIVE CON HIJOS	() OTRO, ESPECIFIQUE		

INFORMACION DE LA PERSONA A CONTACTAR EN CASO DE NO PODER CONTACTAR AL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO	
DOMICILIO/LOCALIDAD	
NUMERO DE TELEFONO PARTICULAR	
NUMERO DE TELEFONO CELULAR	
E-MAIL	
VINCULO	
¿TIENE OTRA COBERTURA SIMILAR CONTRATADA EN OTRA COMPAÑIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
SI RESPONDIO "SI" POR FAVOR DAR NOMBRE, DIRECCION Y N° DE POLIZA DE LA OTRA ASEGURADORA	
CUAL ERA SU OCUPACION ANTES DE HABER SUFRIDO EL SINIESTRO:	
¿CUAL FUE EL ULTIMO DIA EN QUE TRABAJÓ? / /	

DATOS DEL SINIESTRO

FECHA Y HORA DEL SINIESTRO
LUGAR DONDE OCURRIO
¿QUE ESTABA HACIENDO Y EN QUE CIRCUNSTANCIA SE PRODUJO EL ACCIDENTE?
¿CUAL FUE LA CAUSA INMEDIATA DEL ACCIDENTE?
¿INTERVINO LA POLICIA?
¿SE LEVANTO SUMARIO? ¿EN QUE COMISARIA?
¿HUBO INTERVENCION JUDICIAL? () SI () NO EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA, INDIQUE EL JUZGADO, SECRETARIA Y DEPARTAMENTO JUDICIAL INTERVINIENTES.
¿QUE LESIONES HA SUFRIDO?

CUALES DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DIARIAS REQUIERE USTED ASISTENCIA DE PARTE DE OTRA PERSONA MARQUE CON UNA "X"

ACTIVIDAD	"X"	FECHA EN QUE COMENZO A RECIBIR ASISTENCIA	
COMER	<input type="checkbox"/>	/ /	
VESTIRSE	<input type="checkbox"/>	/ /	
CAMINAR	<input type="checkbox"/>	/ /	
LEVANTARSE Y ACOSTARSE EN LA CAMA	<input type="checkbox"/>	/ /	
USAR EL SERVICIO DE SANITARIO	<input type="checkbox"/>	/ /	
PERDIDA DE LA VISTA EN UNO O AMBOS OJOS	<input type="checkbox"/>	/ /	DETALLE:
USAR EL SERVICIO DE SANITARIO	<input type="checkbox"/>	/ /	DETALLE:
¿CUAL FUE LA FECHA QUE VIO AL MEDICO POR PRIMERA VEZ PARA ESTA CONDICION?			
¿ESTABA HOSPITALIZADO/A?			
EN CASO DE RESPONDER "SI" INFORMENOS EL NOMBRE Y DIRECCION DEL HOSPITAL O CLINICA.			

INFORMENOS LOS SIGUIENTES DATOS DE CONTACTO DE SU MEDICO DE CABECERA

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO	
DOMICILIO/LOCALIDAD	
DIRECCION	
NUMERO DE TELEFONO	
E-MAIL	
NUMERO DE MATRICULA PROFESIONAL	

INDIQUENOS-EN CASO DE POSEER-LOS SIGUIENTES DATOS DE CONTACTO DE SU REPRESENTACION LEGAL

NOMBRE Y APELLIDO COMPLETO	
DIRECCION	
NUMERO DE TELEFONO	
E-MAIL	

INFORMENOS LA DOCUMENTACION QUE SE ACOMPAÑA

DECLARACION MEDICO TRATANTE OTRA DOCUMENTACION

HISTORIA CLINICA

RXS

DETALLE _____

DATOS NECESARIOS PARA PERCIBIR SU BENEFICIO

PARA SEGUROS CONTRATADOS SOBRE UNA CUENTA BANCARIA

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)

PARA SEGUROS CONTRATADOS SOBRE UNA TARJETA DE CREDITO

NOMBRE DE LA TARJETA DE CREDITO	NOMBRE DEL TITULAR IMPRESO EN LA TARJETA DE CREDITO
BANCO EMISOR	NUMERO DE LA TARJETA DE CREDITO

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.

PARA SEGUROS CONTRATADOS SOBRE EL CONSUMO DE SERVICIOS

NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO	NUMERO DE CUENTA DEL SERVICIO O NUMERO DE CLIENTE
---	---

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.

DECLARACION JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son exactos en todas sus partes.
" la recepción de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo". Se notifica que a consecuencia de esta denuncia puede ser llamado por un estudio liquidador de siniestros, conforme a la ley de Seguros 17418 para verificar sus circunstancias y el alcance de la prestación a cargo del asegurador.

IMPORTANTE

El asegurado toma conocimiento que está obligado a suministrar al asegurador la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin.
Hasta tanto ello ocurra, quedan interrumpidos los plazos para que el asegurador se pronuncie acerca del derecho del asegurado.
Artículo 46 de la ley de Seguros

Fecha (dd/mm/aa)

Firma del asegurado Paciente o Persona autorizada

Cuando se haya completado el presente formulario, devuelvalo a Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A.
sita en Ing. Enrique Butty 240 Piso 15 (C1001AFB) Buenos Aires, Argentina. Atención: Reclamos Financieros

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.