

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 FALLECIMIENTO

- Complete la Secciones 1, 3, 4 y 5.
- Adjunte copia certificada de la partida de defunción.
- Haga completar la sección 2 por el profesional medico que haya asistido al asegurado.
- Si el deceso del asegurado fue por muerte accidental adjunte copia de la causa penal o sumario policial.
- Segun el producto adjunte la siguiente documentación:
  - Préstamos: copia del alta.
  - Cuenta Corriente: copia completa del estado de la cuenta, del mes en que el asegurado falleció.
  - Tarjeta de Crédito: copia completa del resumen de la tarjeta de crédito, con fecha de cierre inmediatamente posterior a la fecha del siniestro.
  - Consumo de servicios: copia de la ultima factura del servicio del mes en que sufrio la incapacidad.

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	CUIT/CUIL DEL TITULAR	
NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE	DNI	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CUIT/CUIL DEL TITULAR	
DOMICILIO DEL DENUNCIANTE (CALLE/CODIGO POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)		E-MAIL DEL DENUNCIANTE			
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.</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				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:		2) Desde qué fecha lo conocía:	
3) Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física al fallecer		4) Edad: Años	5) Estatura: m.	6) Peso: Kg.	7) Dónde ocurrió el fallecimiento (domicilio, policlinico, etc)
8) En qué fecha:					
9) Si era su médico asistente, indique desde qué fecha:				10) ¿De qué enfermedades anteriores a la que ocasionó la muerte lo atendió o fue consultado? (Indique fechas y resultados):	
11) Última enfermedad y síntoma que presentaba:					
12) Fecha a que podría remontarse la enfermedad por esos síntomas y su historia clínica					
13) Tratamiento médico y/o quirúrgico de su última enfermedad:		14) ¿Cuál fue su diagnóstico acerca del fallecimiento?			
15) Si se realizaron análisis, radiografías y/u otras pruebas diagnósticas, indique cuáles y dónde se encuentran.					
		16) Si el asegurado conocía la enfermedad que sufría, indique desde qué fecha.			
17) Si el deceso fue causado por accidente, dé los detalles que sean de su conocimiento:					
18) Si se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem, indique cuál, por quién y conclusiones:					
19) Según su criterio, ¿desde qué fecha estuvo impedido de atender sus obligaciones?		20) ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el abuso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del asegurado? Indique cuál.			
21) Si sabe que haya padecido de otras enfermedades de importancia no atendidas por Ud., menciónelas. SI ES POSIBLE INDIQUE FECHAS Y SECUELAS.		Fechas:		Secuelas:	
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 Y SELLO X				FECHA / /	

**SECCION 3****DATOS NECESARIOS PARA PERCIBIR SU BENEFICIO  
(SOLO PARA LOS CASOS EN QUE LA POLIZA ASI LO CONTEMPLA)**

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.	

**SECCION 4****DATOS DEL BENEFICIARIO (SOLO COMPLETAR EN CASO QUE CORRESPONDA)****BENEFICIARIO 1**

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	CUIL/CUIT DEL TITULAR DE LA CUENTA
FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO	

**BENEFICIARIO 2**

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	CUIL/CUIT DEL TITULAR DE LA CUENTA
FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO	

**BENEFICIARIO 3**

NOMBRE Y APELLIDO	DNI	CUIL/CUIT DEL TITULAR DE LA CUENTA
FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO	

**SECCION 5****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

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

A los efectos de procesar con mayor celeridad vuestro reclamo, le solicitamos cumplimente todos los requisitos enumerados en el frente del formulario.

Si alguno de estos requisitos no pudiera ser cumplimentado, deberá explicar por escrito los motivos.

**No olvide firmar el Formulario de Denuncia.**

### **IMPORTANTE:**

Le recordamos asimismo que la póliza establece un período de espera de 30 días, por lo tanto la cuota cuyo vencimiento opera en dicho lapso debe ser abonada por el socio.

Cuando se hayan completado todas las secciones requeridas, devuelva el formulario de comunicación a Compañía de Seguros S.A.

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.

¿Es usted una persona expuesta políticamente (PEP)?                      SI                         NO  

Se entiende por personas expuestas políticamente a las comprendidas en la resolución 11/2011 de la Unidad de Información Financiera vigente en la materia. Usted estará comprendido si ejerce alguna función en el Poder Ejecutivo, Poder Legislativo o Poder Judicial o es algún tipo de funcionario de la Administración Pública Nacional, Provincial o Municipal.