



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

ACCIDENTES PERSONALES

EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

1. **Completa el formulario**
2. **Adjunta la documentación a presentar**
3. **Enviala por correo postal* (preferentemente certificada)**

Documentación a presentar

- Copia certificada original de la partida de defunción.
- Copia de la causa penal, sumario policial y/o Intervención del juez.
- Copia de declaratoria de herederos

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 Y APELLIDO
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

CUIL/CUIT/CDI:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
DEL DENUNCIANTE:

SECCIÓN 2 - Declaración del médico que asistió al fallecimiento del asegurado

Apellido y Nombre del Asegurado:

Lugar del accidente:

Fecha del accidente:

Hora:

Circunstancias en que se produjo

¿Influyó de modo especial, directa o indirectamente el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o residencia del asegurado en el accidente que le produjera la muerte?

Causa inicial de la muerte:

Lugar en que se produjo el deceso (hospital, sanatorio, domicilio, etc.):

Observaciones.

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

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

FECHA

SECCIÓN 3- Autorización de cobro

En caso de no poseer cuenta bancaria, indicanos la una persona autorizada para recibir la transferencia:

Nombre y apellido del titular:

DNI del titular:

CUIT o CUIL del titular de la cuenta:

Tipo y número de cuenta: Caja de ahorro:

Cuenta corriente:

Número de cuenta:

Número de CBU (22 dígitos)

Una vez efectuado el depósito en la cuenta informada, declaro no tener nada más que reclamar a Assurant Argentina Cia. de Seguros S.A. por el referido pago.

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 11/2011, N° 52/2012, N° 28/2018, N° 134/2018 y N° 15/2019 de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer 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 "

NOMBRE Y APELLIDO
DEL DENUNCIANTE:

NÚMERO DE

CUIL/CUIT/CDI:

DNI: PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO:

.....
FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA