



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL

EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

1. **Completa el formulario**
2. **Escanea la documentación a presentar**
3. **Envíala por e-mail a argentina_siniestros@assurant.com o por correo postal***

Documentación a presentar

- Copia del resumen de la tarjeta de crédito (verificá que la fecha de cierre sea posterior a la fecha del siniestro).
- Copia completa de la historia clínica de la institución donde fuera atendido el asegurado y de todo antecedente médico.
- Talón de pago por trabajador autónomo o copia del último recibo de sueldo si es trabajador estatal.
- Declaración del médico sobre la Incapacidad del asegurado o certificado médico que abale incapacidad.
- Copia del DNI del asegurado.

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:

SECCIÓN 2 - Declaración del asegurado

OCUPACIÓN

ÚLTIMO DÍA
TRABAJADO

BREVE DESCRIPCIÓN DE TUS TAREAS Y RESPONSABILIDADES

INDICÁ DE QUE MANERA LA INCAPACIDAD TE IMPIDE DESARROLLAR TU ACTIVIDAD LABORAL

Autorización de cobro

En caso de no poseer cuenta bancaria, informá el CBU y datos personales de 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 adhieren 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 "

APELLIDO Y NOMBRE DEL PACIENTE:

DESCRIBA LA ENFERMEDAD O LA LESION QUE OCASIONO LA INCAPACIDAD:

¿HA SUFRIDO EL PACIENTE ALGUNA VEZ DE OTRA CONDICION IGUAL O SIMILAR?:	Sí	No	SI LA RESPUESTA ES SÍ, INDIQUE LA CONDICIÓN:	¿CUÁNDO APARECIERON LOS SÍNTOMAS POR PRIMERA VEZ U OCURRIÓ EL ACCIDENTE?
--	----	----	---	---

INDIQUE LAS FECHAS EN QUE EL PACIENTE RECIBIO TRATAMIENTO DESDE EL COMIENZO DE LA CONDICIÓN:

INDIQUE LAS FECHAS EXACTAS EN QUE QUEDO TOTALMENTE INCAPACITADO (PARA TRABAJAR): DESDE _____ HASTA _____

¿ESTA TODAVIA EL PACIENTE BAJO SU TRATAMIENTO?:	SÍ	FECHA ESTIMADA EN QUE EL PACIENTE REGRESARA AL TRABAJO
	No	FECHA EN QUE SE DIO DE ALTA AL PACIENTE PARA REGRESAR A SU TRABAJO

IMPEDIMENTOS FISICOS (*SEGUN SE DEFINEN EN EL DICCIONARIO FEDERAL DE CARGOS OCUPACIONALES)

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. Limitación ligera de capacidad funcional; capaz de realizar trabajo ligero (35- 5%)*.

Clase 4. Limitación moderada de capacidad funcional; capaz de realizar trabajo de oficina/administrativo (sedentario) (60-70%)*.

Clase 5. Limitación severa de capacidad funcional; incapaz de realizar un mínimo de actividad (sedentario) (75-100%)*.

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