



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

1. [Completa el formulario](#)
2. [Escanea la documentación a presentar](#)
3. [Enviala por e-mail a \[argentina_siniestros@assurant.com\]\(mailto:argentina_siniestros@assurant.com\) o por correo postal*](#)

Documentación a presentar

- Fotocopia de la historia clínica y de toda documentación probatoria, que diere origen a la internación.

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cuenta

NOMBRE Y APELLIDO
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

CUIL/CIUT/CDI:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

SECCIÓN 2 - Declaración del médico

APELLIDO y NOMBRE DEL PACIENTE:

INDIQUE SI LA INTERNACION FUE DERIVADA DE UN TRATAMIENTO No Sí ¿CUÁL FUE ESE TRATAMIENTO?

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

DOMICILIO REAL:
(CALLE/C. POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE
CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

FECHA

SECCIÓN 3- Declaración del establecimiento asistencial

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

LOCALIDAD

DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO
DE TELÉFONO

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE

FECHA DE ALTA DEL PACIENTE

SI EL PACIENTE ESTUVO INTERNADO EN TERAPIA INTENSIVA: FECHA DE INGRESO

FECHA DE EGRESO

SE ENCUENTRA EN ESA INSTITUCION
LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE

SÍ No

EL PACIENTE FUE DERIVADO DE
OTRO ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO

SÍ No ¿CUÁL?

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE QUE CONSIGNO LOS DATOS

SELLO DEL NOSOCOMIO, HOSPITAL, CLINICA O ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

SECCIÓN 4- 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 serán 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 DNI:

CUIL/CUIT/CDI:

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO:

.....
FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las resoluciones 11/2011, 52/2012 y 202/2015 de la Unidad de Información Financiera s/Ley 25.246 y conocen los requisitos de información que le/s serán 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.