



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

FALLECIMIENTO

EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

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

Documentación a presentar

- Copia Certificada original de la partida de defunción.
- Copia de declaratoria de herederos.
- Si el deceso del asegurado fue por muerte accidental, copia de la causa penal o sumario policial.
- Copia del resumen de la tarjeta de crédito (verificá que la fecha de cierre sea posterior a la fecha del siniestro).

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cuenta

NOMBRE Y APELLIDO
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

CUIL/CUIT/CDI:

CORREO ELECTRÓNICO DEL DENUNCIANTE

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

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

Apellido y nombre del asegurado:

Lugar del fallecimiento	Fecha y hora del fallecimiento	h.
-------------------------	--------------------------------	----

¿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:	Fecha a que podría remontarse por síntomas e historia clínica:
---	--

Tratamiento médico y/o quirúrgico de su última enfermedad:	¿Cuál fue su diagnóstico acerca del fallecimiento?
--	--

Si se realizaron análisis, radiografías y/u otras pruebas diagnósticas, indique cuáles y dónde se encuentran.

Si el asegurado conocía la enfermedad que sufría, indique desde qué fecha	Si el deceso fue causado por accidente, dé los detalles que sean de su conocimiento:
---	--

Si se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem, indique cuál, por quién y conclusiones:

Según su criterio, ¿desde qué fecha estuvo impedido de atender sus obligaciones?	Influyó en el fallecimiento, directa o indirectamente, el abuso de alcohol o drogas, la ocupación o la residencia del asegurado? Indique cuál.
--	--

Si sabe que haya padecido de otras enfermedades de importancia no atendidas por Ud., menciónelas. (Si es posible indique fechas y secuelas).	Fecha	Secuela
--	-------	---------

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.

APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL	MATRICULA PROFESIONAL N.º
-----------------------------------	---------------------------

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

FIRMA DEL MEDICO / SELLO	FECHA
--------------------------	-------