



FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

ENFERMEDADES CRÍTICAS

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 de la historia clínica.
- Informe médico de su especialista de cabecera con diagnóstico de la enfermedad que padece, fecha del mismo y tratamientos realizados con su respectiva evolución.
- Protocolos de estudios diagnósticos según la enfermedad padecida, biopsia, protocolo anatomopatológico, resonancia magnética nuclear, tomografías, perfusión con talio, ergometrías, electromiograma, marcadores de laboratorio, etc.
- Copia de DNI.

Datos personales a completar

Datos del titular de la cuenta, adicional o reclamante

NOMBRE Y APELLIDO
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

CUIL/CUIT/CDI:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

¿HAS HECHO ALGÚN RECLAMO PREVIO?: SÍ NO

SI TU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿CUÁNDO?:

INDICA CUÁL ES LA ENFERMEDAD
QUE SUFRE EL ASEGURADO:

CÁNCER
APOPLEGIA
DISTROFIA

ESCLEROSIS
TRASPLANTE
INSUFICIENCIA RENAL

PARÁLISIS
INFARTO DE MIOCARDIO
BYPASS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

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 "

Datos del titular de la cuenta, adicional o reclamante (cont.)

NOMBRE Y APELLIDO DEL
ADICIONAL O RECLAMANTE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

PARENTEZCO CON EL
ASEGURADO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

.....
FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA