



## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

### ACCIDENTES PERSONALES : Incapacidad Parcial y Permanente- Desmembramiento

#### EN SOLO 3 PASOS PODES INICIAR LA GESTIÓN DE TU SINIESTRO

1. Completa el formulario
2. Adjunta 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

- Copia de historia clínica y de toda documentación probatoria de la incapacidad
- Certificado de discapacidad y/o dictamen médico que contenga el % de incapacidad determinado
- En caso de que el accidente haya sido producido por un hecho violento adjunte copia de la causa penal o sumario policial
- Copia de DNI

#### 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

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?

Indicar las lesiones sufridas:

¿Considera que las lesiones ocasionadas son permanentes o irreversibles?

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 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

CUIL/CUIT/CDI:

DNI: PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO:

.....  
FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA