



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. **Enviala 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