



ASSURANT
Solutions

Assurant Argentina
Compañía de Seguros S.A.
Ing. Enrique Butty 240 Piso 15
C1001AFB – C.A.B.A. – Argentina
Teléfono: 0810 222 8400
Fax: (54 11) 4121 8666 int 241
www.assurant.com

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO RENDA DIARIA POR INTERNACION

1. Complete la Secciones 1, 2, y 5.
2. Haga que el médico complete la Sección 3.
3. Haga que la clínica, nosocomio complete la sección 4.
4. Adjunte una fotocopia de la Historia Clínica y de toda documentación probatoria, que diera origen a la internación.
5. Adjunte una fotocopia completa del estado de cuenta de su tarjeta de crédito, correspondiente al mes en que se produjo la internación.

SECCION 1				INFORMACION DEL TITULAR DE LA TARJETA			
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE EMITIO LA TARJETA DE CREDITO			<input type="checkbox"/> NUMERO DE PRESTAMO		<input type="checkbox"/> NUMERO DE CUENTA DEL SERVICIO O NUMERO DE CLIENTE		
			<input type="checkbox"/> NUMERO DE TARJETA				
			<input type="checkbox"/> NUMERO DE CUENTA / SUCURSAL				
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR DE LA TARJETA			DNI		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD
					/ /		
NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE			DNI		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD
					/ /		
DOMICILIO DEL DENUNCIANTE (CALLE/CODIGO POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)							
NUMERO DE TELEFONO COMERCIAL			NUMERO DE TELEFONO PARTICULAR			E-MAIL	
()			()				
¿USTED HA PRESENTADO UN RECLAMO ANTERIORMENTE?						SI ES AFIRMATIVO, ¿CUANDO?	
<input type="checkbox"/> SI			<input type="checkbox"/> NO			/ /	
<p>AUTORIZO a cualquier empleador a cualquier empresa de informes sobre crédito al consumidor, compañía de seguros o de reaseguros, asegurador, autoridad policial, departamento de bomberos, u otra organización o persona en cuyo poder obren cualquier tipo de datos o información relacionada con esta solicitud, a entregar los datos o la información solicitada a Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A. Al firmar esta autorización, renuncio al derecho de carácter confidencial de dicha información, ya que la misma concierne al trámite o investigación de mi(s) reclamo(s). Cualquier fotocopia de esta autorización deberá considerarse con la misma efectividad y validez que su original.</p> <p>Declaro bajo juramento que: (i) todos y cada uno de los datos e información consignados por el suscripto en el presente son completos, correctos y veraces; y (ii) que no he omitido, alterado, falseado y/o adulterado los datos e información declarados y/o la documentación que adjunto al presente. Asimismo, me comprometo a comunicar de inmediato a la Compañía todo y cualquier cambio o modificación que se produzca en relación a los mismos. Por último, dejo constancia de que el incumplimiento de la presente declaración jurada afectará legítimos derechos a la Compañía, lo cual me hará pasible de las sanciones civiles y penales contempladas en la legislación vigente. Efectúo la presente declaración en forma voluntaria y con pleno conocimiento de sus implicancias jurídicas y económicas.</p> <p>Esta autorización tendrá vigencia durante 6 meses a partir de la fecha de la firma.</p>							
FIRMA DEL DENUNCIANTE						FECHA	
X						/ /	

Pasados los 15 días de haber presentado la documentación completa, puede verificar el estado de su denuncia llamando al 0810 222 8400

SECCION 2

DECLARACION DEL ASEGURADO

OCUPACION	
INDIQUE SI FUE ACCIDENTE DE TRABAJO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO EN CASO AFIRMATIVO CUAL ES SU ART.	
POSEE OBRA SOCIAL O MEDICINA PREPAGA U OTROS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL?	
INDIQUE NOMBRE, APELLIDO, DIRECCION Y TELEFONO DE SU MEDICO DE CABECERA	

SECCION 3

DECLARACION DEL MEDICO

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE		
DESCRIBA LA ENFERMEDAD O LA LESION QUE OCASIONO LA INTERNACION		
¿HA SUFRIDO EL PACIENTE ALGUNA VEZ DE OTRA CONDICION IGUAL O SIMILAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI LA RESPUESTA ES SI, ¿INDIQUE LA CONDICION?	¿CUANDO APARECIERON LOS SINTOMAS POR PRIMERA VEZ U OCURRIO EL ACCIDENTE? / /
CUALES FUERON LOS PRIMEROS SINTOMAS		
¿ESTA TODAVIA EL PACIENTE BAJO SU TRATAMIENTO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	SI EL PACIENTE ESTA TODAVIA BAJO SU TRATAMIENTO DE LA FECHA ESTIMADA EN QUE EL PACIENTE RECIBIRA EL ALTA / /	
INDIQUE SI LA INTERNACION FUE DERIVADA DE UN TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
¿CUAL FUE ESE TRATAMIENTO?		
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.		
NOMBRE DEL MEDICO	CALLE/CODIGO POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA	
MATRICULA DE IDENTIFICACION MEDICA	NUMERO DE TELEFONO ()	NUMERO DE FAX ()
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO X	FECHA / /	

SECCION 4

DECLARACION DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE / /	FECHA DE ALTA / /
SI EL PACIENTE ESTUVO INTERNADO EN TERAPIA INTENSIVA FECHA DE INGRESO / /	FECHA DE EGRESO / /
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TELEFONO
DOMICILIO	LOCALIDAD
SE ENCUENTRA EN ESA INSTITUCION LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
EL PACIENTE FUE DERIVADO DE OTRO ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁL?	
FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE QUE CONSIGNO LOS DATOS	SELLO DEL NOSOCOMIO, HOSPITAL, CLINICA O ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL
..... FIRMA SELLO

IMPORTANTE:

El profesional interviniente y el nosocomio deberá completar con exactitud todos los casilleros, especialmente aquellos referentes a las **fechas exactas de duración de la internación**, y a las **fechas de alta**.

SECCION 5 DATOS NECESARIOS PARA PERCIBIR SU BENEFICIO	
PARA SEGUROS CONTRATADOS SOBRE UNA CUENTA BANCARIA	
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA	CUIL/CUIT DEL TITULAR DE LA CUENTA
BANCO	CBU DE LA CUENTA
TIPO DE CUENTA Y NUMERO (CAJA DE AHORRO/CUENTA CORRIENTE)	
PARA SEGUROS CONTRATADOS SOBRE UNA TARJETA DE CREDITO	
NOMBRE DE LA TARJETA DE CREDITO	NOMBRE DEL TITULAR IMPRESO EN LA TARJETA DE CREDITO
BANCO EMISOR	NUMERO DE LA TARJETA DE CREDITO
En caso de no poseer cuenta en alguna entidad bancaria, complete el punto "AUTORIZACIÓN DE COBRO", informándonos los datos bancarios de la persona autorizada por Ud. a percibir la indemnización que pudiera corresponder por el presente siniestro.	
PARA SEGUROS CONTRATADOS SOBRE EL CONSUMO DE SERVICIOS	
NOMBRE DE LA EMPRESA QUE OTORGA EL SERVICIO	NUMERO DE CUENTA DEL SERVICIO O NUMERO DE CLIENTE

AUTORIZACIÓN DE COBRO
<p>Autorizo a Assurant Argentina Cía. De Seguros S.A. a depositar la indemnización que correspondiera en la cuenta de _____, DNI _____, cuyos datos bancarios son:</p> <p>Tipo y N° de cuenta:</p> <p>Banco:</p> <p>N° de CBU (22 dígitos):</p> <p>CUIL/CUIT del titular de la cuenta:</p> <p>Una vez efectuado el depósito en la cuenta informada, declaro no tener nada más que reclamar a Assurant Argentina Cía. de Seguros S.A. por el referido pago.</p>

DECLARACION JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son exactos en todas sus partes.
" la recepción de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo". Se notifica que a consecuencia de esta denuncia puede ser llamado por un estudio liquidador de siniestros, conforme a la ley de Seguros 17418 para verificar sus circunstancias y el alcance de la prestación a cargo del asegurador.

IMPORTANTE

El asegurado toma conocimiento que está obligado a suministrar al asegurador la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin.
Hasta tanto ello ocurra, quedan interrumpidos los plazos para que el asegurador se pronuncie acerca del derecho del asegurado.
Artículo 46 de la ley de Seguros

Fecha (dd/mm/aa)

Firma del asegurado Paciente o Persona autorizada

Cuando se haya completado el presente formulario, devuelvalo a Assurant Argentina Compañía de Seguros S.A.
sita en Ing. Enrique Butty 240 Piso 15 (C1001AFB) Buenos Aires, Argentina. Atención: Reclamos Financieros

Pasados los 15 días de haber presentado la documentación completa, puede verificar el estado de su denuncia llamando al 0810 222 8400

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las resoluciones N° 32/2011 y N° 11/2011 de la Unidad de Información Financiera s/Ley N° 25.246 y conocen 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.