

Denuncia de siniestro Desempleo

Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa. No se deberá omitir ninguna.

Datos del Asegurado

Número de póliza: Sexo: Masc. Fem.
Nombre y Apellido: Documento: LE LC DNI N°
Domicilio - Calle: N°: Piso: Depto.: Torre:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Fecha de nacimiento:/...../..... Número de teléfono:
Actividad/Ocupación actual:
Detalle de actividades desarrolladas:

Datos de la incapacidad denunciada (esta información debe ser suministrada por el médico)

- A) Fecha de ocurrencia:
- B) Lugar del accidente/incapacidad:
- C) Relato de lo sucedido:
-
-
- D) Denuncia policial: Sí
No
- E) Detalle de las lesiones sufridas:
-
- F) Tipo y grado de lesión:
-
- G) Síntomas de la lesión:
-
- H) En caso de accidente indique, nombres, direcciones y teléfonos de los testigos del mismo, si los hubiere:
-
-

I) ¿Estuvo hospitalizado a consecuencia del hecho?

Sí No

Nombre de la institución: _____

Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

J) Tiempo estimado de recuperación de la Incapacidad denunciada:

Desde (fecha): _____ Hasta (fecha): _____

K) Observaciones generales: _____

Firma del Médico

Sello

N° de matrícula médica

Observaciones:

Este formulario deberá ser entregado al Asegurador inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho. La recepción de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad del Asegurador.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros N° 17.41.

IMPORTANTE: En un plazo de 72 hs. de ocurrido el siniestro, el Cliente deberá cumplir indefectiblemente con los siguientes requisitos:

⚠ Documentación a presentar:

1. Formulario de Denuncia, provisto por Supervielle Seguros (que deberá completar el médico, en "datos de Incapacidad denunciada")
2. Copia de la Historia Clínica completa.
3. Copia del último comprobante de pago Autónomo.
4. La documentación debe ser enviada a Supervielle Seguros S.A. vía mail a Denunciasiniestros@supervielleseguros.com

Denuncia de siniestro Desempleo

Lugar:

Fecha: / /

Firma y aclaración del denunciante

Envíanos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:
Por mail: denunciasiniestros@supervielleseguros.com
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599
de lunes a viernes de 9 a 21 hs.

