

# Denuncia de Incapacidad por Accidente

(A completar por el Asegurado)

Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa.

## Datos del Asegurado

Número de póliza: .....

Documento tipo:  LE  LC  DNI N° .....

Nombre y Apellido: .....

Domicilio - Calle: ..... N° ..... Piso: ..... Depto.: ..... Torre: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... Código Postal: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Lugar de nacimiento: .....

Estado civil: ..... Número de teléfono: .....

Nombre y Domicilio de su Médico de cabecera y del que lo asistiera con relación a las lesiones sufridas por el accidente:

.....

## Datos para el cobro

Titular del interés asegurado

Tercero damnificado

Beneficiario designado o Heredero Legal

Cesionario de los derechos de la Póliza

Vínculo con el asegurado o tomador del seguro: .....

Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta: .....

CUIT  CUIL ..... - ..... - .....

Banco / Billetera virtual ..... CBU: .....

**Este pedido debe acompañarse con el comprobante de CBU o CVU y copia del DNI.**

## Datos del accidente

Fecha y hora del accidente: ...../...../..... a las ..... : ..... hs.

Lugar del accidente: .....

Lesiones sufridas: .....

Primera asistencia brindada por: .....

Forma en que ocurrió el accidente: .....

.....

Datos de cualquier consulta efectuada referida a las lesiones sufridas por el accidente: .....

.....

**Fecha**

**Nombre del Médico u Hospital**

**Tratamiento**

...../...../.....

.....

.....

...../...../.....

.....

.....

...../...../.....

.....

.....

...../...../.....

.....

.....

**Observaciones:**

En caso de cobrar la indemnización en cumplimiento de una sentencia judicial condenatoria adjuntar: (I) número de expediente, (II) juzgado en el que tramita, (III) copia certificada de la sentencia y liquidación aprobada judicialmente. En caso de notificarse una cesión de derechos derivados de la póliza adjuntar: (I) Identificación del cesionario, (II) causa de la cesión, (III) vínculo del asegurado/tomador con el cesionario.

Este formulario deberá ser entregado al Asegurador inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho. La aceptación 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° 17.418.

**⚠ Documentación que debe adjuntarse al presente formulario:**

- Formulario de denuncia debidamente completo.
- Formulario Informe Médico Invalidez por accidente provisto por Supervielle Seguros.
- Copia de historia clínica completa.
- Copia causa Penal completa (incluyendo resultado del examen toxicológico.)

Enviamos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:  
Por mail: [denunciasiniestros@supervielleseguros.com](mailto:denunciasiniestros@supervielleseguros.com)  
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599  
**de lunes a viernes de 9 a 21 hs.**



Lugar y fecha:..... / ..... / .....

.....  
Firma y aclaración del Asegurado