

Denuncia de siniestro Enfermedades Críticas o Terminales

A completar por el Asegurado o familiar. Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa.

Datos del Asegurado

Número de póliza:

Nombre y Apellido: Documento: LE LC DNI N°
Domicilio - Calle: N° Piso: Depto.: Torre:
Localidad: Provincia: Código Postal:
Fecha de nacimiento:/...../..... Número de teléfono:
Nombre y Domicilio de su Médico de cabecera:

Datos para el cobro

Calidad bajo la cual cobra: 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:

Banco / Billetera virtual: CUIT CUIL: - - - - -
CBU/CVU (adjuntar constancia):

Datos del siniestro

Le rogamos indique cualquier detalle, inclusive fechas en cuanto a la enfermedad sufrida, los médicos y especialistas que fueron consultados, el tratamiento seguido y, en caso de una hospitalización, el nombre del hospital.

Naturaleza de la enfermedad:

Detalle cualquier consulta efectuada referida a la enfermedad sufrida:

Fechas:	Nombre del médico u hospital:	Tratamiento:
.....
.....

Si Ud. posee informes de médico o de hospital en cuanto al tratamiento recibido en el caso de la enfermedad sufrida, le rogamos nos haga llegar una copia de los mismos.

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 a presentar:

1. Formulario "Denuncia de Enfermedades críticas o enfermedades terminales, debidamente completado.
2. Formulario "Informe médico de enfermedades críticas o terminales".
3. Copia de la Historia Clínica completa con pronóstico, tratamiento y terapéutica a seguir.
4. Copia completa de la causa penal instruida con motivo del accidente.
5. Cualquier otra documentación que la Compañía estime necesaria.

Lugar:

Fecha / /

Firma y aclaración del asegurado

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.

