

Denuncia por internación

(a completar por el asegurado)

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

Causas de la internación:

INTERNADO: En sala común desde:/...../..... hasta:/...../.....
En Terapia Intensiva desde:/...../..... hasta:/...../.....

Si la internación es a consecuencia de un accidente, describa las circunstancias:

Le rogamos indique cualquier detalle de los médicos y especialistas que fueron consultados, el tratamiento seguido y el nombre del Establecimiento Asistencial en el cual fue internado.

Fechas:	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.

Denuncia por internación

(a completar por el asegurado)

⚠ Documentación a presentar:

1. Formulario "Denuncia de Internación" provisto por Supervielle Seguros
2. Formulario "Informe médico sobre la internación" provisto por Supervielle Seguros.
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.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento a Supervielle Seguros de Vida S.A. para recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

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.

