

FORMULARIO DENUNCIA SINIESTRO (ANEXO I)

Importante: este formulario corresponde a la denuncia preliminar del siniestro. La compañía podrá solicitar documentación e información adicional según el tipo de cobertura denunciada.

DATOS DEL ASEGURADO Y PACIENTE

A completar por el Asegurado: _____

Nº de Póliza / Certificado: _____

Nombre y Apellido del Titular: _____

DNI del Titular: _____

Nombre y Apellido del Paciente (Asegurado): _____

DNI del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Parentesco: ☐ Titular ☐ Cónyuge/Pareja ☐ Hijo/a (Hasta 21 años o 25 si estudia)

Teléfono: _____ Email: _____

DATOS DEL EVENTO

Marque con una X lo que corresponde:

- | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|
| • Intervención quirúrgica | ☐ | • Bypass/ Insuficiencia renal crónica | ☐ |
| • Diagnóstico de cáncer | ☐ | (Plan previsional) | |
| • Infarto agudo de miocardio | ☐ | • Gastos odontológicos | ☐ |
| • Accidente cerebro vascular / ACV | ☐ | • Reintegro de gastos por prótesis | ☐ |
| • Trasplante de órganos | ☐ | | |

Fecha de ocurrencia / Inicio de síntomas: / /

Fecha de diagnóstico (si corresponde): / /

Descripción breve del evento: (Ej. diagnóstico recibido, motivo atención, etc.)

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA A ADJUNTAR

- Copia de DNI del Titular y del Paciente.
- Historia clínica completa, firmada y sellada por el médico tratante.
- Protocolo quirúrgico (si corresponde a cirugía).

- Informe de estudios complementarios (Biopsia, ECG, resonancia, etc.).
- Acreditación de vínculo (Partida de Nacimiento/ Matrimonio o Certificado Analítico si es hijo mayor de 21 años).
- Factura o ticket de farmacia/médico discriminado en caso de corresponder. (Original digital)
- Orden médica, receta o pedido de estudios correspondiente que justifique el gasto. (En caso de corresponder)

DATOS DEL PAGO

El pago del reintegro o indemnización se efectuará por transferencia bancaria exclusiva al Titular de la póliza.

Banco

Número y Tipo de cuenta

CBU/CVU (22 dígitos)

Alias de la cuenta

Nombre y Apellido titular

CUIT/CUIL titular

FIRMA Y DECLARACIÓN JURADA

Declaración Jurada: Declaro que la información y comprobantes suministrados son verídicos. En cumplimiento de la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales, autorizo expresamente a Supervielle Seguros S.A. a solicitar a cualquier profesional o institución de salud los antecedentes médicos necesarios para evaluar la procedencia de esta cobertura, quedando liberados dichos profesionales del secreto médico estrictamente para este fin.

Lugar y fecha

Firma

Aclaración y DNI

Envíanos la documentación a Supervielle Seguros S.A por mail a la casilla
denunciasiniestros@supervielleseguros.com

WhatsApp
+54 9 11 6221-7106

Centro de Atención Telefónica
0800 345 1599
lunes a viernes de 9 a 21hs.