

Denuncia de siniestro Broken Bones

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: _____

Detalles del Padecimiento

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____
Detalles de la ocurrencia: _____

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): _____

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:

1. Formulario "Denuncia de siniestro" debidamente completado.
2. Informe radiográfico, radiografía o documentación médica que acredite la fractura.
3. Copia DNI del Asegurado.
4. Cualquier otra documentación que la compañía considere necesaria.

Lugar: _____

Fecha ____/____/____

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



Firma y aclaración del denunciante