

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

Datos del Asegurado

Número de póliza: Sexo: Masc. Fem.
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 accidente

Fecha del accidente:/...../..... hora::..... Lugar:
Forma en que ocurrió el accidente:

¿Para cuáles de las siguientes A.V.D. requiere Usted asistencia de parte de otra persona?

Bañarse Vestirse Alimentarse Higienizarse Transferirse Fecha de inicio de la asistencia:/...../.....

¿Estuvo hospitalizado a consecuencia del accidente? Si No

Nombre de la Institución: Dirección / Localidad:

Teléfono: Fecha Ingreso:/...../..... Fecha egreso:/...../.....

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 de denuncia debidamente completado.
2. Formulario de Informe Médico, provisto por Supervielle Seguros (que deberá completar el médico).
3. Copia de la Historia Clínica completa.

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.

