



**DENUNCIA DE SINIESTRO**  
**SEGURO DE VIDA COLECTIVO**  
**CLAUSULAS ADICIONALES**

**1. Datos del Asegurado/a Beneficiario (Afiliado Titular)**

Nombre y Apellido del beneficiario: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ N° de DNI: \_\_\_\_\_  
Domicilio: Calle \_\_\_\_\_  
Nro.: \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Depto \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
Teléfono Particular: (    ) \_\_\_\_\_ Celular (    ) \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_@ \_\_\_\_\_ .com.ar  
(tachar en caso que no corresponda el .ar)

**2. Cobertura afectada.**

<input type="checkbox"/> <b>Indemnización en caso de Enfermedades Graves:</b> <input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> ACV <input type="radio"/> Infarto	
<input type="checkbox"/> <b>Implantación de Prótesis</b>	Tipo de Prótesis:.....
<input type="checkbox"/> <b>Implantación de Prótesis Dentales</b>	Tipo de Prótesis:.....
<input type="checkbox"/> <b>Renta Diaria por Internación Quirúrgica</b>	Cantidad de Días internado:.....
<input type="checkbox"/> <b>Trasplante</b>	Indicar órgano afectado: .....

**3. Datos del siniestro. Establecimiento Asistencial.**

Nombre y Apellido del Médico interviniente <sup>(1)</sup>: \_\_\_\_\_  
Matrícula del Médico Interviniente <sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_  
Establecimiento Asistencial interviniente<sup>(3)</sup>: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico recibido: \_\_\_\_\_ Fecha de Diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20 \_\_\_\_  
Breve detalle del Tratamiento a seguir: \_\_\_\_\_



Fecha de Internación<sup>(4)</sup>:

Fecha de Alta<sup>(4)</sup>:

- (1) En caso de tratarse una prótesis dental deberá indicar el nombre y apellido del Odontólogo interviniente.-
- (2) En caso de tratarse una prótesis dental deberá indicar la matrícula del Odontólogo interviniente.-
- (3) En caso de no haber intervenido un establecimiento asistencial deberá dejarse tal espacio en blanco.-
- (4) Solamente completar en caso de tratarse de un siniestro por Renta Diaria por internación quirúrgica.-

#### 4. Documentación para el pago del beneficio:

- Historia clínica y/o protocolo quirúrgico y/o estudios y/o exámenes practicados al Asegurado tratado (para todas las coberturas)
- certificado médico que acredite el diagnóstico y/o tratamiento indicado (para todas las coberturas)
- constancia de inscripción en el INCUCAI (para el caso de Trasplante)
- Registro de interacción y externación/ alta (en caso de Renta Diaria por internación quirúrgica)
- Factura que acredite el pago de la prótesis cuyo reintegro se persigue (en caso de Prótesis y Prótesis Dentales)
- DNI del beneficiario
- Comprobante bancario del CBU del beneficiario
- Toda la documentación, podrá enviarse a la siguiente dirección de email:  
[mrisso@lafraternidad.org](mailto:mrisso@lafraternidad.org).

#### 5. Datos bancarios del Asegurado (beneficiario) para el pago del siniestro:

CUIL del Beneficiario (el mismo está compuesto de 11 dígitos): \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta (Indicar si es una Caja de Ahorro o Cuenta Corriente): \_\_\_\_\_

Comprobante de CBU (el mismo está compuesto de 22 dígitos): \_\_\_\_\_

**Aclaración:** Se deja expresa constancia que para el pago del siniestro por medios electrónicos la cuenta bancaria denunciada deberá ser de titularidad del beneficiario del pago.

**NOTA:** La recepción de este formulario no significa la aceptación del siniestro por parte de la Compañía. Cuando los espacios provistos para las respuestas resulten insuficientes, favor de consignar los detalles que considere relevantes de este formulario en hoja aparte.

**IMPORTANTE:** para el correcto y total diligenciamiento el presente formulario, deberá remitirse a El Surco compañía de seguros en su totalidad.

**Esta declaración se formula por la persona o personas a quienes corresponde cobrar el importe del seguro.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Beneficiario

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_\_  
Fecha