



COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.
Av. Marcelo T. de Alvear 328 - Siniestros Giales. - Tels.: (0351) 426-8857 / 68 / 85
X5000KGS - Córdoba.
Teléfonos de Atención al Cliente: 0800-444-4445 0810-222-3535
Buenos Aires 324 - Siniestros Giales. - Tel.: (0387) 426-7800 - A4402FDH, Salta.
CUIT.: 30-51830942-7 IVA RESP. INSCRIPTO
ING. BRUTOS (CM): 904-230291-7
DOMIC. FISCAL: Marcelo T. de Alvear 328 - Córdoba C.P. X5000KGS

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA
EN CASO DE SINIESTRO
ACCIDENTES PERSONALES
ASISTENCIA MÉDICA

El asegurado / beneficiario deberá presentar a requerimiento de la aseguradora la siguiente documentación que se detalla:

- Formulario de Denuncia del Siniestro completo y firmado*.
- Formulario U.I.F. Ley 25246 y Resoluciones (FO-UIF-06 DDJJ Pago de Siniestro / FO-UIF-03- Nómina de personas políticamente expuestas)*.

* Formularios suministrados por la Compañía.

- [] Fotocopia D.N.I. del beneficiario.
- [] Constancia C.U.I.L. beneficiario.
- [] Certificado de atención médica y/o informe de atención médica y/o historia clínica completa con firma y sello del o los profesionales actuantes (Fotocopia).
- [] Estudios médicos complementarios realizados con sus respectivos informes médicos (radiografías imagen, ecografías, resonancia magnética, tomografía computada, análisis clínico de laboratorio, electrocardiograma, ecocardiograma donde debe constar el nombre del paciente y fecha del estudio)
- [] Comprobantes válidos fiscalmente de gastos médicos y farmacéuticos originales a nombre del lesionado junto a: Indicación medica de los medicamentos acorde a la patología denunciada y pedidos médicos correspondientes
- [] Constancia de realización de la práctica profesional (con firma y sello del profesional actuante en cada prestación) y conformidad del paciente (con firma del paciente que recibió la prestación o su padre madre o tutor).
- [] Informes de profesionales evolutivos de las patologías en curso que justifiquen los excesos de prestaciones
- [] En caso de cirugía se solicitará Historia clínica completa de su cirugía con foja quirúrgica + foja anestésica y, en casos de corresponder, certificado de implante de la prótesis, factura de prótesis y en algunos casos radiografía imagen postquirúrgica con la prótesis colocada donde conste el nombre del paciente y fecha del estudio.
- [] Las ortesis (cabestrillo, rodillera, muletas, bota, walker, silla de ruedas, faja lumbar, ballena, etc.) deben tener la indicación médica y su justificación correspondiente con firma y sello del profesional medico prescriptor.
- [] Documentación complementaria considerada relevante para el análisis y resolución del siniestro.

Documentación para el pago al lesionado:

- Copia del DNI del beneficiario donde figure el CUIL.
- Constancia de CUIL expedida por ANSES en caso de que el mismo no figure en el DNI
- Solicitud de pago (F-GO-SIG-01 Rev.01, provista por la compañía).
- Constancia de CBU (debe incluir: apellido y nombre/CUIL/CUIT/nombre del banco/nro CBU/CVU/).
- Acuerdo firmado.

Caso especial: lesionado menor de edad:

- El pago se realiza a ambos padres por partes iguales.
- Cada progenitor debe acompañar la documentación requerida para pagos + partida de nacimiento del menor para acreditar vínculo filiatorio.
- Si alguno de los padres no puede firmar, el otro debe firmar además un acuerdo especial.

Pago al Tomador (En caso de que el pago deba realizarse al tomador):

- Si es persona física:
 - DNI / CUIL del tomador.
 - Comprobantes fiscales válidos a su nombre.
 - Constancia de CBU a nombre del tomador.
 - Solicitud de Pago (formulario vigente).
- Acuerdo firmado.
- Si es persona jurídica:
 - Constancia de CUIT.
 - DNI del representante legal.
 - Acta / poder que acredite representación (si aplica).
 - CBU de la entidad.
 - Comprobantes fiscales emitidos correctamente a nombre del tomador, debiendo constar la descripción del lesionado al que se le brinda la cobertura.
 - Solicitud de Pago firmada por el representante legal + Acuerdo firmado.

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración

Tipo y N° de Documento