



COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.
Av. Marcelo T. de Alvear 328 - Siniestros Grales. - Tels.: (0351)
426-8857 / 68 / 85 X5000KGS - Córdoba.
Teléfonos de Atención al Cliente: 0800-444-4445 0810-222-3535
Buenos Aires 324 - Siniestros Grales. - 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.
- Historia Clínica (Fotocopia).
- De existir radiografías, presentar las mismas.
- Comprobantes de gastos médicos y farmacéuticos originales
- Declaro bajo juramento que el asegurado es zurdo: SI NO

Firma: _____

Otros (Especificar):

Lugar y Fecha

Firma y Aclaración

Tipo y N° de Documento