



COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.
Av. Marcelo T. de Alvear 328 - Siniestros Grales. - Tels.: (0351) 426-8857 / 68 / 85
X5000KGS - Córdoba.
Mail Córdoba: siniestrosgenerales@caruso.com.ar
Buenos Aires 324 - Siniestros Grales. - Tel.: (0387) 426-7800 (Int. 123) - A4402FDH, Salta.
Mail Salta: sburgos@caruso.com.ar
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