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
INVALIDEZ PERMANENTE

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/ Titular.

[ ] Constancia C.U.I.L. beneficiario/ Titular.

[ ] Declaro bajo juramento que el asegurado es zurdo: SI [ ] NO [ ]

Firma: _____

[ ] Certificado médico “original” donde se detalle el porcentaje y grado de incapacidad o invalidez (de acuerdo con tabla de porcentajes de Invalidez Permanente detallados en las Cláusulas Principales).

[ ] Historia Clínica (fotocopia)

[ ] De existir radiografías, presentar las mismas.

[ ] Otros (Especificar):

A-GO-SIG-06 REV02 06.2024

_____ Lugar y Fecha

_____ Firma y Aclaración

_____ Tipo y Nº de Documento