

FORMULARIO ENFERMEDAD GRAVE
Seguro de Vida Colectivo



Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscip. SSN 880

PÓLIZA N°

DATOS DEL TOMADOR

Nombre y apellido ▶

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Nombre y apellido ▶

D.N.I. ▶

Domicilio ▶

Fecha de primeros síntomas/inicio de enfermedad ▶ Fecha de inicio de tratamiento ▶

Descripción de la enfermedad/Diagnóstico

DATOS MÉDICO/S TRATANTE/S

Nombre y apellido ▶

Adjuntar una copia completa de la Historia Clínica de la enfermedad y estudios complementarios..

Declaro que toda la información descripta en este formulario reviste carácter de Declaración Jurada.

Firma ▶ Aclaración ▶

Fecha ▶ D.N.I. ▶

Adjuntar documentación requerida y enviar a siniestrosseguros@experta.com.ar - El original deberá enviarlo a Av. Libertador 6902, Piso 12 - CABA CP 1429.

Experta Seguros S.A.U.
Avenida Del Libertador 6902 Piso 12 (C1429BMP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Tel: 0800-7777-278 | e-mail: clientes@experta.com.ar | www.experta.com.ar