

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](mailto: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](mailto:clientes@experta.com.ar) | [www.experta.com.ar](http://www.experta.com.ar)