

ItaúSeguros



Instructivo Siniestros  
**Enfermedades  
y reembolsos**

#estamos**cercatuyo**

## Reclamo indemnización seguro

### Enfermedades y reembolsos

Hola,

En este momento difícil, contá con nosotros en lo que sea necesario. Para agilizar el servicio de reclamo y facilitar la apertura del proceso de denuncia del siniestro, hemos recogido en este expediente los formularios y la lista de documentos requeridos, además de pautas sobre cómo enviar la documentación.

Itaú Seguros Paraguay S.A.

## Etaapa 1 . Reclamo de la Cobertura

### 5 Pasos a seguir

-  Verificá el Certificado para confirmar la vigencia y condiciones de la póliza. En caso de no tener a mano el Certificado, podés acceder al sitio web de la Aseguradora y buscar el Tutorial de Acceso al Certificado. En caso de dudas, comunicate con nosotros.
-  Separá la documentación para dar apertura al reclamo de la cobertura. Adjuntá la documentación impresa o como imagen PDF.
-  Completá el Formulario de denuncia de Siniestro.
-  Entrega de la documentación.  
Para entregar la documentación podés hacerlo por los siguientes medios:

|                                                                                  |                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Por correo electrónico</b>                                                    | Adjuntá los documentos como archivos de imagen PDF y envialos a: <b>siniestros@itauseguros.com.py</b><br>Confirmá la recepción de tu correo.     |
| <b>Acercarse a la sucursal del Banco Itaú* (*tomador de la póliza colectiva)</b> | LLevar la documentación impresa para entrega a la sucursal del Banco más cercana                                                                 |
| <b>Entrega a la Aseguradora</b>                                                  | LLevar la documentación impresa a la oficina de la Aseguradora<br>Avda. Santa Teresa c/ Herminio Maldonado<br>Torre 2 del Paseo Galería – Piso 1 |

-  Una vez recibidos los documentos el reclamo es analizado para emitir un dictamen. Si son necesarios documentos adicionales, estaremos informándote a través de SMS, correo electrónico o nota.  
En caso de dudas o para monitorear el estado del proceso del siniestro, contacte con nuestra Central de Atención (021) 729 9900 con el número de CI del Asegurado(a).

## Documentaciones requeridas para reclamo indemnización de seguro

### Enfermedades y reembolsos

a) Documentos obligatorios para enviar por: Incapacidad Permanente, Anticipo por enfermedad terminal, Enfermedades Graves, Enfermedades Graves Plus.

#### Verificá el certificado para corroborar la cobertura del Seguro

- Copia de cédula de identidad del asegurado.
- Certificados médicos visados por la División de Visaciones del Ministerio de Salud Pública (para la verificación de la matrícula del médico). Dicho certificado debe indicar la causa de la incapacidad o enfermedad y la fecha de la misma.
- Certificados de Inhabilitación Judicial para los casos que el cliente no posea aptitud para el ejercicio de sus actividades civiles (estado vegetativo, demencia).

**\*La Aseguradora podría solicitar antecedentes sobre el historial clínico del asegurado, o designar un perito médico.**

b) Documentos obligatorios para enviar por: Renta diaria por Hospitalización a causa accidente, Rompimiento de huesos.

#### Verificá el certificado para corroborar la cobertura del Seguro.

- Certificado médico que exprese la causa y naturaleza de las lesiones sufridas, sus consecuencias conocidas o presuntas (diagnóstico) y la constancia de tratamiento médico.
- Constancia de internación emitida por el sanatorio u hospital donde permaneció hospitalizado, indicando fecha de ingreso y salida.
- Copia de estudios y/o procedimientos médicos realizados.
- Copia de cédula de identidad del asegurado autenticada.
- Copia del parte policial autenticado. (Si hubiere participación policial).

**\* La Aseguradora podría solicitar otro documento adicional.**

c) Documentos obligatorios para enviar por: Gastos de Sepelio

**Verificá el certificado para corroborar la cobertura del Seguro.** En caso afirmativo, la devolución se realizará a la cuenta del responsable por los gastos de sepelio.

#### Reembolso de Gastos de Sepelio del asegurado:

- Copia de facturas y/o recibos de gastos de sepelio.
- Copia autenticada por escribanía de documento de identificación.
- Copia de Acta Judicial de Defunción del asegurado.
- Copia del informe policial o formulario de informe accidente laboral - en caso de muerte por accidente del asegurado.

#### Reembolso de Gastos de sepelio del Cónyuge o Hijos. Junto con los documentos obligatorios debe presentar:

- Copia autenticada por escribanía de documento de identificación del cónyuge o hijo.
- Copia de facturas y/o recibos de gastos de sepelio.
- Copia de Acta Judicial de Defunción del cónyuge o hijo.
- Copia del informe policial en caso de muerte del cónyuge o hijo por accidente.

d) Documentos obligatorios para enviar por: Gastos Médicos a causa de accidentes

#### Verificá el certificado para corroborar la cobertura del Seguro.

- Certificado Médico que exprese la causa y naturaleza de las lesiones sufridas, sus consecuencias conocidas o presuntas (diagnóstico), y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento médico.
- Constancia de internación emitida por el sanatorio u hospital donde permaneció hospitalizado, que indique la fecha de ingreso y salida del mismo.
- Copia de estudios y/o procedimientos médicos realizados.
- Copia de cédula de identidad del asegurado autenticada.
- Copia del parte policial, autenticado. (Si hubiere participación policial).
- Copia de facturas y/o recibos de gastos (medicamentos, procedimientos realizados)

**Formulario indemnización seguro**

## Enfermedades y reembolsos

**Datos del que Suscribe (persona que hace el reclamo del siniestro – puede o no ser el beneficiario)**

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nro. de Casa: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Teléfono Fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

**Datos del Asegurado de la Póliza**

Sección: \_\_\_\_\_ Póliza: \_\_\_\_\_ Siniestro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_

Fecha de Siniestro: \_\_\_\_\_ Lugar de Siniestro: \_\_\_\_\_

**Datos del Familiar adherente fallecido**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ C.I.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**Seleccione según corresponde**

- |                                                 |                                                                                  |                                            |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Incapacidad permanente | <input type="checkbox"/> Anticipo de Suma Asegurada por enfermedades terminales. | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos    |
| <input type="checkbox"/> Rompimiento de huesos  | <input type="checkbox"/> Enfermedad grave plus                                   | <input type="checkbox"/> Gastos de Sepelio |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad grave       | <input type="checkbox"/> Renta Diaria por hospitalización                        |                                            |

**Relato de lo ocurrido (causa de la muerte, accidente o incapacidad)**

El que suscribe responsablemente declara bajo fe de juramento que las informaciones y datos consignados son completos y se ajustan enteramente a la verdad, y que no se ha hecho omisión u ocultamiento intencional de hechos o informaciones relacionadas con el siniestro referido. Por lo tanto acepta, que cualquier omisión voluntaria o declaración falsa exonerará al Asegurador del pago de indemnización de conformidad a las disposiciones legales vigentes. (El presente formulario será llenado en su totalidad).

En todos los casos en que el Asegurado y/o Beneficiario reciban indemnización bajo las coberturas de Muerte o Incapacidad, se deberá abonar la prima íntegra, por lo que todas las cuotas pendientes hasta el fin de vigencia de la póliza serán deducibles del monto de la indemnización.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha\_\_\_\_\_  
Firma\_\_\_\_\_  
Aclaración

SEG 00002 V3 06/2024

#estamoscercatuyo

**Contacto Atención**  
Seguros Tel.: (021) 617 1818

siniestros@itauseguros.com.py

Avda Sta. Teresa c/ Herminio Maldonado  
Paseo La Galería - Torre 2 - Piso 1

## Etapa 2 . Pago de Indemnización

### Paso a seguir

1.



Una vez aprobado el siniestro presentará los documentos requeridos para el pago, los datos del Banco y numero de cuenta en donde se recibira el reembolso, ademas sera necesaria la firma del recibo de indemnizacion provisto por la Aseguradora.

#### a) Documentos obligatorios y adicionales para enviar por: reembolso de gastos

- Documento conteniendo la sucursal y cuenta bancaria donde recibirá el reembolso a nombre de la persona que realizo los gastos o copia del frente de la tarjeta de débito (no enviar copia de la parte de atras) o estado de cuenta o hoja de cheques o formulario de autorización de crédito en la cuenta.

**Importante:** En todos los casos en que el Asegurado y/o Beneficiario reciban indemnización bajo las coberturas de Muerte o Incapacidad, se deberá abonar la prima íntegra, por lo que todas las cuotas pendientes hasta el fin de vigencia de la póliza serán deducibles del monto de la indemnización.

