



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

DENUNCIA DE SINIESTRO RAMO ACCIDENTES PERSONALES



POLIZA	CERTIFICADO		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO				

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL														
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT									
	DNI	LE	LC	CI	CUIT										
	CALLE					NRO.			PISO		DTO.				
COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA			TELEFONO					

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES														
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO			
	DNI	LE	LC	CI											
	CALLE					NRO.			PISO		DTO.				
	COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA			TELEFONO				
TAREA QUE REALIZA							ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO								

FORMA DE PAGO	NUMERO DE CUENTA							BANCO						
	NUMERO DE CBU													

DATOS DEL ACCIDENTE	FECHA DE OCURRENCIA							HORA						
	LUGAR DONDE SE PRODUJO													
	COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA			TELEFONO			
	DESCRIPCIÓN DEL HECHO													
	APELLIDO Y NOMBRES O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR													

OTROS DATOS	1) TESTIGOS													
	APELLIDO Y NOMBRES										DOMICILIO			
	APELLIDO Y NOMBRES										DOMICILIO			
	APELLIDO Y NOMBRES										DOMICILIO			
	2) ¿SE INSTRUYÓ ACTA POLICIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO													
¿HA SUFRIDO ANTES OTROS ACCIDENTES? ¿CUALES?														

EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL													
¿FUE DURANTE EL HORARIO DE TRABAJO?													
¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL?													

El presente formulario debe ser enviado a la compañía dentro de las 72 horas de producido el accidente. Para poder dar curso es condición responder a todas las preguntas en forma completa, detallada y precisa, sin dejar ninguna pendiente de respuesta y acompañar -indefectiblemente- fotocopia de Documento Nacional de Identidad y oportunamente certificado de Alta Médica.
El denunciante declara expresamente conocer el Nomenclador, Valores Modulados, Requisitos, Reglamentación General y Cláusulas Adicionales Contratadas.-

LUGAR: FIRMA DEL ACCIDENTADO FIRMA DEL BENEFICIARIO
FECHA:/...../..... ACLARACIÓN DE FIRMA ACLARACIÓN DE FIRMA

DATOS A COMPLETAR POR EL MEDICO TRATANTE														
AGENTE CAUSANTE DEL ACCIDENTE:														
FORMA EN QUE EL ACCIDENTADO REFIERE HABER SUFRIDO EL ACCIDENTE:														
SINTOMATOLOGÍA QUE REFIERE A CAUSA DEL ACCIDENTE:														
LESIONES IMPUTABLES AL ACCIDENTE:														
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:														
LESIONES ORGÁNICAS, ALTERACIONES FUNCIONALES O AFECCIONES ANTERIORES Y/O AJENAS AL ACCIDENTE:														
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA														
CURACIÓN PRACTICADA / TRATAMIENTO PRESCRIPTO:														
¿EL LESIONADO DEBE GUARDAR CAMA?			SI		NO		CANTIDAD DE DÍAS:							
¿DEBE INTERNARSE?			SI		NO		CANTIDAD DE DÍAS:							
CONSECUENCIAS QUE HA TENIDO O PUEDE TENER A RAÍZ DEL ACCIDENTE:														
MUERTE:		SI		NO		INCAPACIDAD:		SI		TOTAL		PARCIAL		
DURANTE EL TRATAMIENTO ¿PUEDE SEGUIR TRABAJANDO?					SI		NO							
DÍAS DE DURACIÓN:					DÍAS QUE DEBERÁ FALTAR AL TRABAJO:									
EXPEDIDO EN:					EL DÍA:									

LUGAR:		
FECHA:/...../..... SELLO DEL MEDICO FIRMA DEL MEDICO

A continuación le informamos los elementos requeridos para el siniestro de acuerdo a la cobertura afectada. Por favor marcar la información enviada.			
Incapacidad Permanente (Parcial o Total según corresponda)	Denuncia de Siniestro F6/12	Estudios Realizados	Alta Médica Definitiva F6/13
Muerte	Denuncia de Siniestro F6/12	Copia Certificada de Acta de Defunción	Declaratoria de Herederos Y/o convenio de pago donde demuestre el perjuicio económico y el interés asegurable
Renta diaria	Denuncia de Siniestro F6/12	Historia Clínica /Certificados médicos	Alta médica definitiva