

DENUNCIA DE SINIESTRO

SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

NÚMERO DE PÓLIZA	N° CERTIFICADO	OPCIÓN DE COBERTURA (indicar con un círculo)			NÚMERO DE SINIESTRO
		A	B	C	

DATOS DEL TOMADOR

APELLIDO Y NOMBRE:	
C.U.I.T.:	NÚMERO DE DOCUMENTO:

BENEFICIARIOS

APELLIDO Y NOMBRES:	Nro. DOC:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRES:	Nro. DOC:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRES:	Nro. DOC:	DOMICILIO:

DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRE:	
NÚMERO DE DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO:	CIUDAD:
TAREA QUE REALIZA:	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO:

DATOS DEL ACCIDENTE

FECHA DE OCURRENCIA:	HORA:		
LUGAR DONDE SE PRODUJO:			
LOCALIDAD:	C.P.:	PROVINCIA:	PAÍS:
DESCRIPCIÓN DEL HECHO:			
NOMBRE DEL PRESTADOR:			

OTROS DATOS

I. TESTIGOS	
APELLIDO Y NOMBRES:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRES:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRES:	DOMICILIO:
II. ¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL?	
¿A QUÉ AUTORIDAD FUE ELEVADO?	
¿HA SUFRIDO ANTES OTROS ACCIDENTES? ¿CUÁLES Y CUÁNDO?	

PARA EL 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 de Identidad y oportunamente Certificado de Alta Médica.**

Asimismo, para el caso de **reintegros por prestaciones médicas, consultas y/o prácticas**, se deberá remitir a la brevedad:

- Recibo oficial de pago que cumpla con los requisitos de la D.G.I., emitido por el prestador, conteniendo Nombre del profesional, números de matrícula y especialidades y lugar donde realizó la atención.
- Se debe hacer constar el número de consulta y/o prácticas con fecha de realización de las mismas.
- Codificación según Nomenclador de Entidades Aseguradoras.
- Factura y/o ticket oficial de pago de medicamentos con la respectiva prescripción médica.
- Troqueles correspondientes a cada medicamento.

El denunciante declara expresamente conocer el Nomenclador, Valores Modulados, Requisitos, Reglamentación General y Cláusulas Adicionales contratadas.

LUGAR Y FECHA

ACLARACIÓN DE LA FIRMA

FIRMA DEL BENEFICIARIO

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:

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		PORCENTAJE		NO	
---------	----	--	----	--	--------------	----	--	-------	--	---------	--	------------	--	----	--

DURANTE EL TRATAMIENTO ¿PUEDE SEGUIR TRABAJANDO?

SI

NO

DÍAS DE CURACIÓN:

DÍAS QUE DEBERÁ FALTAR AL TRABAJO:

EXPEDIDO EN:

EL DÍA:

SELLO DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO