

Seguro de Accidentes Personales Denuncia de Siniestro

Póliza	Certificado	Número de Siniestro	Sello de entrada

Datos del Tomador							
Apellido y Nombre/Razón Social:							
Tipo y N° Doc./C.U.I.T./C.U.I. L:						Teléfono:	
Domicilio:							N°:
Piso:	Dpto.:	Mza:	Block:	Lote:	Barrio:		
Localidad:			Provincia:			CP:	

Datos del Asegurado							
Apellido y Nombre:							
Tipo y N° Doc./C.U.I.T./C.U.I. L:						Fecha de nacimiento:	
Domicilio:							N°:
Piso:	Dpto.:	Mza:	Block:	Lote:	Barrio:		
Localidad:			Provincia:			CP:	
Teléfono:			Tarea que realiza:				
Horario habitual:				Antigüedad en el puesto de trabajo:			

Entrega de Comprobantes de pago por medio electrónico:

En mi carácter de TOMADOR/ASEGURADO, solicito que la documentación asociada con esta solicitud de reintegro sea entregada electrónicamente a la siguiente dirección correo electrónico: _____

Forma de Pago

En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización en

Banco:	N° de Cuenta:
N° de CBU:	

Información del Accidente					
Fecha de ocurrencia:			Hora:		
Lugar de ocurrencia	En el trabajo	En otro centro o lugar de trabajo	Al ir o volver del trabajo (in-itinere)		
Desplazamiento en día laboral	Reapertura	Otro:			
Descripción del hecho:					
Nombre del prestador:					
¿Ha sufrido antes otros accidentes? SI NO Detallar:					

Otros datos del Accidente			
Testigos	SI	NO	<i>(Tachar lo que no corresponda)</i>
Apellido y Nombre:			
Domicilio:			
Apellido y Nombre:			
Domicilio:			
Apellido y Nombre:			
Domicilio:			
Acta Policial	SI	NO	<i>(Tachar lo que no corresponda)</i>
Datos del acta:			
En caso de muerte accidental			
¿Se instruyó sumario policial?		SI	NO <i>(tachar lo que no corresponda)</i>
Localidad:		Jurisdicción:	Seccional o Dto. 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 los términos y condiciones del seguro.

Lugar y Fecha:

Firma del Accidentado	Aclaración	Firma del Tomador y/o Beneficiario	Aclaración

Datos a Completar por el Médico Asistente

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 prescrito:

¿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		NO		Total		Parcial
--------	--	----	--	----	-------------	--	----	--	----	--	-------	--	---------

Durante el tratamiento ¿Puede seguir trabajando?		SI		NO
--	--	----	--	----

Días de duración:	Días que deberá faltar al trabajo:
-------------------	------------------------------------

Expedido en:	El día:
--------------	---------

Lugar y Fecha:

Firma del Médico	Aclaración y Sello del Médico