

**DENUNCIA DE SINIESTRO**

SELLO DE ENTRADA:

PÓLIZA: \_\_\_\_\_ CERTIFICADO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE SINIESTRO: \_\_\_\_\_

**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 de 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: \_\_\_\_\_

# DENUNCIA DE SINIESTRO

NOMBRE DEL PRESTADOR:

¿HA SUFRIDO ANTES OTROS ACCIDENTES? SI  / NO  DETALLAR:

---



---



---



---



---

## OTROS DATOS DEL ACCIDENTE

TESTIGOS (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA): SI  / NO

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

ACTA POLICIAL (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA): SI  / NO

DATOS DEL ACTA:

---



---



---

EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL ¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL? (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA): SI  / NO

En caso afirmativo indicar:

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

# DENUNCIA DE SINIESTRO

## 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  
PRESCRIPTO: \_\_\_\_\_

¿EL LESIONADO DEBE GUARDAR CAMA?

CANTIDAD DE DÍAS: \_\_\_\_\_

¿DEBE INTERNARSE?

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



## **SEGUROS DE PERSONAS**