

DENUNCIA DE SINIESTRO DE ACCIDENTES PERSONALES

IMPORTANTE

En caso de siniestro realice la denuncia en la Compañía dentro de los 3 días de ocurrido el hecho, enviando el presente formulario por fax al 4329-0435. La Compañía se reserva el derecho de solicitar información adicional.

DATOS GENERALES

Número de póliza	<input type="text"/>	Vigencia	<input type="text"/>
Nombre del contratante	<input type="text"/>		
Documento del contratante	D.N.I. <input type="text"/> L.C. <input type="text"/> L.E. <input type="text"/> N° <input type="text"/>		
Teléfono particular	<input type="text"/>	Teléfono comercial	<input type="text"/>
		Teléfono celular	<input type="text"/>
Nombre del accidentado	<input type="text"/>		
Documento del accidentado	D.N.I. <input type="text"/> L.C. <input type="text"/> L.E. <input type="text"/> N° <input type="text"/>		
Teléfono particular	<input type="text"/>	Teléfono comercial	<input type="text"/>
		Teléfono celular	<input type="text"/>
Domicilio del accidentado	<input type="text"/>		
Obra social	<input type="text"/>		
¿Posee otro seguro?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>		

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
Tipo de reclamo (marcar el que corresponda)	<input type="checkbox"/> Gtos. Médicos <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Otros Especificar <input type="text"/>		
Lugar del accidente (marcar el que corresponda)	<input type="checkbox"/> In Itinere * <input type="checkbox"/> En el trabajo <input type="checkbox"/> En el domicilio <input type="checkbox"/> En otro lugar Especificar <input type="text"/>		

* trayecto entre el trabajo y el domicilio

Descripción del accidente (Por favor especifique circunstancias, hora y lugar del hecho)

Testigos del accidente

Apellido y nombre	<input type="text"/>	Teléfono de contacto	<input type="text"/>
Apellido y nombre	<input type="text"/>	Teléfono de contacto	<input type="text"/>
Apellido y nombre	<input type="text"/>	Teléfono de contacto	<input type="text"/>

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS

Tipo de lesión	<input type="text"/>					
Diagnóstico	<input type="text"/>					
Pronóstico	<input type="text"/>					
Tratamiento indicado	<input type="text"/>					
Duración del tratamiento	<input type="text"/>					
Nombre del médico tratante	<input type="text"/>	Matrícula <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>			
¿El asegurado a la fecha de denuncia posee alta médica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de alta médica <table border="1"><tr><td>Día <input type="text"/></td><td>Mes <input type="text"/></td><td>Año <input type="text"/></td></tr></table>	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>				

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- 1- El presente formulario completado en todos sus puntos.
- 2- Denuncia policial y/o causa penal (si se hubiere efectuado).
- 3- Certificado médico de primera atención.
- 4- Copia de la Historia Clínica.
- 5- Análisis médicos.
- 6- Copia del DNI del Asegurado.
- 7- Certificado de defunción legalizado en original (si correspondiera).
- 8- Originales de las facturas (si se reclama asistencia médica y farmacéutica).

Declaro que todos los datos especificados en esta denuncia son verídicos, responsabilizándome por cualquier falsa información u omisión.

Fechado en el día del mes de de 20

Firma Aclaración