

DENUNCIA DE ACCIDENTE

IMPORTANTE Esta declaración debe ser llenada por el Asegurado, sus allegados ó representantes y devolverse a la Compañía sin demora alguna, dentro del plazo de 3 (tres) días de ocurrido el accidente.

CONTRATANTE	Pza. N°
Apellido y Nombre del Accidentado	Fecha de Nac. / /
Domicilio: _____	Localidad: _____
Teléfono: _____	Doc. N°: _____
	CUIL: _____
Fecha del accidente: / /	Hora del accidente: Lugar:
<u>CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE Y SUS CONSECUENCIAS:</u>	
Tareas que desempeña habitualmente:	
¿Son las que efectuaba al momento del accidente?	
<i>(Imprescindible completar en caso de que el accidente haya ocurrido en el lugar de trabajo)</i>	
Domicilio del establecimiento:	
Hora de inicio de jornada: Hora de cierre de jornada:	
<input type="checkbox"/> En el trabajo	<input type="checkbox"/> Desplazamiento en jornada laboral
<input type="checkbox"/> En otro lugar (de trabajo)	<input type="checkbox"/> Al ir o volver del trabajo
<input type="checkbox"/> Otros (detalle):	
Testigos	
Nombre: Domicilio: Tel:	
Nombre: Domicilio: Tel:	
Parte del cuerpo lesionada:	
Lesión sufrida (Llagas, contusiones, cortaduras, etc.):	
Nombre del MÉDICO o establecimiento sanitario que prestó los PRIMEROS AUXILIOS:	
Nombre del MÉDICO que lo atiende actualmente:	
Domicilio	Tel:
Dónde le presta asistencia médica? (Consultorio, sanatorio, hospital u otro):	
Domicilio	Localidad: Provincia:
¿Se instruyó sumario policial? _____ Comisaría:	
Es usted Zurdo? (Indicar SI ó NO)	
Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y autorizo a MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A. a solicitar información a los médicos que me asisten ó me han asistido.	
Fechado en el de de	
..... Firma – sello y aclaración (1)	

(1) Firma y sello del Contratante (en caso de Seguros Colectivos.)
Firma y aclaración del Asegurado ó Beneficiario (en caso de Seguros Individuales)

Secciones: Accidentes Personales (12), Vida Colectivo Optativo (17), Vida Individual (14) y Sepelio (25)

DECLARACIÓN DE ASISTENCIA MEDICA POR ACCIDENTE

PARA PODER DAR CURSO ES CONDICIÓN RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO EN FORMA COMPLETA, DETALLADA Y PRECISA; SIN DEJAR NINGUNA SIN CONTESTAR Y ACOMPAÑAR FOTOCOPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA Y DE SUMARIO POLICIAL.

CONTRATANTE	PÓLIZA N°
-------------	-----------

NOTA: ESTE CERTIFICADO DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO QUE ACTUALMENTE ASISTE Y TRATA AL ENFERMO. NO DEBE SER LLENADO POR NINGUN MÉDICO EXAMINADOR DE LA COMPAÑÍA QUE ESTÉ ACTUANDO COMO MÉDICO PARTICULAR DEL ENFERMO.

CERTIFICADO DEL MÉDICO ASISTENTE

1- NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE
2- FECHA DEL ACCIDENTE	DÍA MES AÑO.....
3- TIPO DE LESIÓN SUFRIDA (DETALLE LO MAS AMPLIAMENTE POSIBLE)	
4.-¿EN QUÉ FECHA LE PRACTICÓ UD.LA PRIMERA ATENCION Y/O CURACION?	DÍA.....MES..... AÑO.....
5- ESTADO DE LA PIEL (CICATRICES ADHERENTES ó NO, DOLOROSAS ó INDOLORAS, ÚLCERAS DE DECUBITO, FISTULAS, ETC.).	
6- ESTADO DE LOS MÚSCULOS (TROFISMOS Y TONICIDAD)	
7- PALPACIÓN (DOLOR, DERRAMES ARTICULARES, HEMATOMAS, ABSCESOS)	
8- MOVILIDAD ACTIVA (LIMITACIONES, PARALISIS, DISMINUCION DE FUERZA, ETC.)	
9- MOVILIDAD PASIVA (RIGIDÉZ, ANQUILOSIS)	
10-¿QUÉ EXÁMENES SE REALIZARON?	
11- TRATAMIENTO INDICADO	
12- EVENTUAL FUTURO TRATAMIENTO	
13- FECHA PROBABLE DE ALTA MÉDICA	DÍA.....MES..... AÑO.....
FECHADO EL.....DE.....DE..... FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO.....	
ACLARACIÓN.....	
DOMICILIO.....TELÉFONO.....	

CERTIFICADO DE ALTA MÉDICA

PÓLIZA N°..... SINIESTRO N°.....

ASEGURADO:..... Fecha de Nac.:...../...../.....

Domicilio:..... Doc. Ident. N°.....

El accidentado Sr.....que se presentó a la primera curación el día...../...../..... es dado de alta.....incapacidad el...../...../....., debidamente curado. (con ó sin)

Diagnóstico.....
.....
.....
.....

OBSERVACIONES(por favor, indique cualquier dato de interés, que sea de su conocimiento sobre el Accidente sufrido por su paciente, a fin de agilizar el trámite de reclamo).....
.....
.....
.....

Fechado en.....el...../...../.....

Firma del Asegurado:

Firma y Sello del Médico:.....

Dirección:..... Teléfono:.....

SINIESTRO(S) número(s):

DATOS BENEFICIARIO

Apellido y Nombre o Razón Social:

Domicilio Particular: CUIL

Localidad: Tel. Celular:

Cod. Postal: Provincia Otro tel.

E- Mail:

DATOS BANCARIOS

Tipo de Cuenta: Caja de Ahorro en Pesos Cuenta Corriente en Pesos

Entidad:

Sucursal:

Número de Cuenta:

CBU:

Titular / Cotitular de la cuenta:

PEDIDO DE PAGO A TRAVÉS DE CBU

En mi carácter de beneficiario declaro que solicito, en el momento de liquidarse los importes inherentes al siniestro denunciado, siempre en caso de que correspondiere, el pago se realice mediante transferencia bancaria a mi favor en la cuenta de mi titularidad informada en el apartado "DATOS BANCARIOS" de este Formulario, bajo la forma de declaración jurada.-----

Consideraré el pago cumplido por la Aseguradora en el momento en que la entidad bancaria de esta última debite de su cuenta corriente las sumas que correspondan abonar por el siniestro, independientemente de la efectiva recepción de las mismas por el banco que he designado. Una vez debitado el importe mencionado de la cuenta corriente, el abajo firmante manifiesta que nada más tiene que reclamar a Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. por el pago del siniestro, sirviendo el comprobante de la operación o el resumen de la cuenta corriente como suficiente recibo y carta de pago de cumplimiento de la obligación de pago y otorgando plena indemnidad a esa Aseguradora por cualquier riesgo y/o reclamo y/o contingencia que pudiera surgir de la operación mencionada. De igual modo, el abajo firmante asume a su único y exclusivo cargo los riesgos y contingencias propios de la actividad bancaria y especialmente de la operación que aquí se describe, liberando a la Aseguradora de toda responsabilidad que pudiera surgir como consecuencia de la operación entre los bancos y acreditación de los depósitos.-----

Este pedido debe acompañarse con certificación bancaria original del CBU indicado, donde deben figurar los datos del Titular de dicha cuenta. Nota: Los pagos por CBU se realizan únicamente a una cuenta donde el abajo firmante resulte Titular, sin excepción. La co-titularidad de la cuenta es absoluta responsabilidad del abajo firmante respecto a este acto y hacia Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A.-----

PEDIDO DE PAGO A TRAVÉS DE CHEQUE DIGITAL

En mi carácter de beneficiario declaro que solicito, en el momento de liquidarse los importes inherentes al siniestro denunciado, siempre en caso de que correspondiere, el pago se realice mediante la entrega de un cheque digital a mi orden a retirar en la sucursal..... de la entidad bancaria

Consideraré el pago cumplido por la Aseguradora en el momento en que la entidad bancaria designada me haga entrega del respectivo cheque por la suma que corresponda abonar por el siniestro. Una vez recibido el pago, el abajo firmante manifiesta que nada más tiene que reclamar a Mapfre Argentina Seguros de Vida S.A. por el pago del siniestro.-----

Lugar y Fecha:

Firma del Beneficiario

Aclaración del Beneficiario

Tipo y Número de Documento