

DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

(Para ser completada por el Asegurado o por el Contratante)

Póliza N°: Certificado N°: DNI / CUIT del accidentado:

Apellido y nombre del accidentado: Edad: años

Domicilio: Teléfono:

Profesión / Actividad:

Cobertura afectada: Monto asegurado:

Fecha, hora y lugar del accidente:

Circunstancias en las que se produjo el accidente y sus consecuencias:

¿El accidente se produjo en ejercicio de la profesión declarada? SI NO (marcar lo que corresponda)

En caso **negativo**, aclarar:

Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión:

Parte del cuerpo lesionada:

Tipo de lesión sufrida:

¿Sufrió la amputación total o parcial de algún miembro o dedo? SI NO (en caso **afirmativo**, aclarar)

Nombre del establecimiento sanitario y médico que le prestó primeros auxilios (nombre, domicilio y teléfono):

¿Se instruyó sumario policial? SI NO (en caso **afirmativo**, adjuntar copia del sumario)

Declaro que las informaciones precedentes son verídicas y sinceras, y que se ajustan a la realidad del hecho denunciado.

Lugar y fecha,

.....
Firma del denunciante

.....
Aclaración

Teléfono / Email del denunciante:

INSTRUCCIONES PARA LA DENUNCIA DEL SINIESTRO

Es muy importante que la denuncia y/o la recepción de cualquier documentación sean informadas a la mayor brevedad posible a la Compañía a: **pedidos@segurosgestion.com.ar**

INFORMACIÓN QUE DEBE ENVIARSE A LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

MUERTE por ACCIDENTE

- Formulario "Denuncia de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma.
- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Fotocopia del documento de identidad del Beneficiario.
- Comprobantes para el pago, si no hubiere Designación de Beneficiarios: Tomador (derecho al cobro) / Declaratoria de herederos (si el beneficiario no fuere el Tomador)

INVALIDEZ TOTAL o PARCIAL "PERMANENTE" por ACCIDENTE

- Formulario "Denuncia de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales, si hubiesen sido instruidas.
- Dictamen de Comisión Médica.
- Alta médica, incluyendo informe de médico tratante.
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Si el beneficiario fuese el Tomador del seguro: documentación indicando el derecho al cobro por parte del Tomador.

REEMBOLSO POR ASISTENCIA MÉDICA y/o FARMACEUTICA

- Formulario "Denuncia de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma.
- Comprobantes **originales** de gastos médicos y/o farmacéuticos, acompañados de sus respectivas órdenes médicas.
- Fotocopia de la Historia Clínica por la prestación médica recibida.