

Declaración del Asegurado

Conforme a lo dispuesto por la Ley de Seguros 17418, el asegurado comunicará al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo.

Póliza N°	Siniestro N°

Datos del asegurado

Apellidos y nombres: _____ Edad: _____
 DNI / CUIL: _____ Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: / /
 Domicilio Particular: _____ N°: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
 C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
 Email: _____ Teléfonos: _____

Lugar de ocurrencia

Fecha de ocurrencia: / / Hora: _____ Lugar de ocurrencia: _____
 Calle: _____ N°: _____
 C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Datos del accidente

Circunstancias del accidente y sus consecuencias: _____

Profesión u ocupación: _____ ¿Zurdo? SI NO

¿Fue en desempeño de sus tareas laborales o itinere? _____

Tareas que desempeña habitualmente: _____

¿Son las que desempeñaba al momento del accidente? SI NO

Aparato, máquina o útil de trabajo que produjo la lesión: _____

Lesiones sufridas: _____

Partes del cuerpo lesionadas: _____

¿Sufrió la amputación total o inhabilitación funcional total de algún miembro o dedo? ¿Cuál? _____

Recibe asistencia médica en: _____

¿Existe denuncia policial? SI NO Comisaría: _____

¿Existe denuncia penal? SI NO Jurisdicción: _____

Testigos del accidente: (de conocerlos, Apellido y Nombre, N° DNI, Teléfono y Domicilio) _____

El Asegurado deberá acompañar junto al presente Formulario la siguiente documentación:

Fotocopia D.N.I., copia de la Historia Clínica completa labrada con motivo del accidente que aquí se denuncia. Detalle de diagnóstico, tratamientos recibidos, medicamentos suministrados y estudios complementarios (laboratorios, imágenes, interconsultas, etc.).

Importante: En caso de muerte accidental agregar a la documentación detallada más arriba fotocopia íntegra del sumario judicial labrado con motivo del fallecimiento. Deberá contener autopsia y análisis de alcoholemia y toxicológico.

La compañía no considerará que se ha finalizado con la denuncia de siniestro, aún cuando reciba el presente formulario, hasta tanto reciba toda la documentación solicitada en el mismo. El Asegurado toma conocimiento que está obligado a suministrar al asegurador la información necesaria para verificar el siniestro o la extensión de la prestación a su cargo y a permitirle las indagaciones necesarias a tal fin. Hasta tanto ello ocurra, quedan interrumpidos los plazos para que el asegurador se pronuncie acerca del derecho del asegurado. Artículo 46 de la Ley de Seguros.

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

Lugar y fecha	Firma del denunciante	Aclaración