

Formulario de Denuncia del Siniestro

Seguro de Accidentes Personales

DATOS DEL TOMADOR

Póliza N°: _____

Nombres y Apellidos o Razón Social: _____

Tipo de Documento: ☐ CUIT ☐ CUIL ☐ DNI ☐ LE ☐ LC

Número de Documento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Cód. de Área: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tiene ART: ☐ SI ☐ NO Cual: _____ Actividad: _____

DATOS DEL ASEGURADO ACCIDENTADO

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Documento: ☐ CUIT ☐ CUIL ☐ DNI ☐ LE ☐ LC

Número de Documento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Cód. de Área: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Tareas habituales: _____

DETALLES DEL SINIESTRO

Fecha de Ocurrencia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Lugar del accidente:

Calle _____ Número: _____ Piso: _____ Departamento: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

TIPO DE SINIESTRO (puede seleccionar más de uno):

- ☐ Muerte accidental
- ☐ Incapacidad total y permanente
- ☐ Incapacidad parcial y permanente
- ☐ Asistencia por gastos médicos y farmacéuticos

RELATO DE LOS HECHOS:

¿Hubo intervención policial? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique:

Comisaría: _____ Fecha de Denuncia: ____ / ____ / ____ Acta: _____

Si hubo sumario indique juzgado y secretaría: _____

¿Hubo testigos? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique Nombres y Apellidos:

¿Hubo intervención de un servicio de emergencia? ☐ SI ☐ NO

En caso afirmativo indique cuál: _____

DATOS DEL/LOS BENEFICIARIO/S

Completar en caso de activar la cobertura de Fallecimiento:

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Documento: ☐ CUIT ☐ CUIL ☐ DNI ☐ LE ☐ LC

Número de Documento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Cód. de Área: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Titular: ☐ SI ☐ NO. Vínculo con el titular: _____



La Palabra
Compañía de Seguros

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Documento: ☐ CUIT ☐ CUIL ☐ DNI ☐ LE ☐ LC

Número de Documento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Cód. de Área: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Titular: ☐ SI ☐ NO. Vínculo con el titular: _____

Nombres y Apellidos: _____

Tipo de Documento: ☐ CUIT ☐ CUIL ☐ DNI ☐ LE ☐ LC

Número de Documento: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Cód. de Área: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Titular: ☐ SI ☐ NO. Vínculo con el titular: _____

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- ☐ Certificado de defunción.
- ☐ Informe médico.
- ☐ Historia Clínica
- ☐ Epicrisis
- ☐ Facturas a reintegrar
- ☐ Órdenes médicas
- ☐ Denuncia Policial
- ☐ Comprobante de CBU del asegurado de su titularidad.

DATOS DEL PRODUCTOR (a completar si es presentado por el PAS)

Nombres y Apellidos: _____ Matrícula N°: _____

_____ (Localidad), a los _____ días del mes _____ de _____

Firma del Reclamante

Aclaración