

FORMULARIO DENUNCIA DE SINIESTRO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

EXPERTA
SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901
N° Inscrp. SSN 880

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA - ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.

PÓLIZA N°

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellido ▶ _____ DNI ▶ _____

Domicilio ▶ _____

Teléfono ▶ (_____) _____ E-mail ▶ _____

Lugar del accidente _____ Fecha ▶ _____ Hora ▶ _____

Circunstancias del accidente y sus consecuencias ▶ _____

Tareas que desempeña habitualmente ▶ _____

¿Son las que efectuaba en el momento del accidente? SI NO ¿Es usted zurdo? SI NO

En caso que el accidente haya ocurrido en el lugar de trabajo, indique domicilio del establecimiento ▶ _____

Hora de inicio de Jornada ▶ _____ Hora de cierre de Jornada ▶ _____

En el Trabajo Desplazamiento en jornada laboral Al ir o volver del trabajo En otro lugar (de trabajo)

Otros (detalle) ▶ _____

TESTIGOS – SUMARIO

Nombre y apellido ▶ _____ Domicilio ▶ _____ Teléfono ▶ _____

Nombre y apellido ▶ _____ Domicilio ▶ _____ Teléfono ▶ _____

¿Se intruyó sumario policial? SI NO Comisaría ▶ _____

PARTE DEL CUERPO LESIONADA Y TRATAMIENTO

Lesiones sufridas ▶ _____

Nombre del médico o establecimiento que prestó Primeros Auxilios ▶ _____

Domicilio ▶ _____ Teléfono ▶ _____

Nombre de la institución donde actualmente se le presta asistencia médica ▶ _____

Domicilio ▶ _____ Teléfono ▶ _____

Detalle el tratamiento completo recibido ▶ _____

¿Ha sufrido antes otros accidentes que hayan dejado secuelas? ¿Cuáles y cuándo? ▶ _____

MEDICACIÓN RECIBIDA:

Detalle droga genérica o nombre comercial, dosis recibidas, frecuencia, periodo y todo otro detalle de intereses:

Declaro que la información suministrada en el presente formulario es verdadera y completa. Autorizo a EXPERTA SEGUROS S.A.U. pueda solicitar información a cualquier médico y/o clínica o cualquier otra institución que alguna vez me hayan asistido y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna y por la presente autorizo la entrega de la respectiva información / documentación.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ADJUNTAR EL ASEGURADO

- Fotocopia D.N.I o Cédula de Identidad MERCOSUR.
- Copia de la Historia Clínica completa labrada con motivo del accidente que aquí se denuncia. Detalle de diagnóstico, tratamientos recibidos y medicamentos suministrados.
- Copia de todos los estudios complementarios (laboratorios, imágenes, interconsultas, etc.).
- Historia clínica de los tratamientos de rehabilitación realizados (de corresponder).
- Facturas originales de los gastos sanatoriales, honorarios médicos y gastos farmacéuticos realizados con motivo del accidente y copia de cada prescripción médica. En caso corresponder:
- Formulario anexo de "Informe del Médico". (En caso de incapacidad permanente) - Dictamen de la Comisión Médica interviniente con certificación del firmante- Fotocopia íntegra del sumario judicial labrado con motivo del accidente, si se hubiese realizado.
- Comprobante de la CBU de la cuenta bancaria a la que, en caso de corresponder, desea se le abone la correspondiente indemnización.

Lugar y Fecha ▶ _____

Firma

Aclaración

Experta Seguros S.A.U.

Arcos 3631 | CPA C1429AZQ | Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: 0800-7777-278 | e-mail: clientes@experta.com.ar | www.experta.com.ar