

**DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**

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

Póliza N°: ..... Certificado N°: .....

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.

.....  
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](mailto: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.

#### **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 instruidas.
- Dictamen de Comisión Médica.
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.

#### **REEMBOLSO POR ASISTENCIA MEDICA 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.