

FORMULARIO DENUNCIA DE SINIESTRO

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

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 CONFIAR Compañía de Seguros S.A. 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.

• Comprobante de la CBU del asegurado emitido por entidad bancaria. Por Invalidez permanente por accidente:

• Copia de la Historia Clínica labrada con motivo de su incapacidad total y permanente. Estudios históricos y actuales realizados. Detalle de diagnóstico, tratamientos recibidos y medicamentos suministrados

• Dictamen de la Comisión Médica interviniente con certificación del firmante. Formulario anexo de "Informe del Médico". Fotocopia íntegra del sumario judicial labrado con motivo del accidente, si se hubiese realizado. Por Asistencia Médico Farmacéutica: • Copia de la historia clínica labrada con motivo de los primeros auxilios. Terapia indicada y medicamentos suministrados.

• Facturas originales de los gastos sanatoriales, honorarios médicos y gastos farmacéuticos realizados con motivo del accidente y copia de cada prescripción médica.

Lugar y Fecha ▶ _____

Firma

Aclaración

Confiar Compañía de Seguros S.A.

Av. Alicia Moreau de Justo 1120 2º piso Of 202 A | CPA C1107AAX | Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tel: (011) 5218 1252 - 5218 1253 | e-mail: info@confiarseguros.com.ar | www.confiarseguros.com.ar