

Denuncia de Accidente

Seguro de Personas

IMPORTANTE: Esta declaración debe ser llenada por el asegurado, sus allegados o representantes y devolverla a la Compañía sin demora alguna, dentro del plazo de 3 (tres) días de ocurrido el accidente, según indicaciones impresas al dorso. Complétese en forma clara y precisa para agilizar el trámite.

Contratante: _____ Póliza N°: _____

Apellido y Nombre del accidentado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Tipo y N° de Documento: _____

Domicilio: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Prov.: _____ Teléfono: _____ CUIL: _____

Fecha del Accidente: _____ Hora del Accidente: _____ Lugar: _____

Circunstancias del accidente y sus consecuencias: _____

Tareas que desempeña habitualmente: _____

¿Son las que efectuaba al momento del accidente?: _____

(Imprescindible completar en caso de que el accidente haya ocurrido en el lugar de trabajo)

Domicilio del establecimiento: _____

Hora de inicio de la jornada laboral: _____ Hora de cierre de la jornada laboral: _____

En el trabajo

Desplazamiento en jornada laboral

Al ir o volver del trabajo

En otro lugar (de trabajo)

Otros (detalle): _____

Testigos:

Nombre, Domicilio y Tel.: _____

Nombre, Domicilio y Tel.: _____

Parte del cuerpo lesionada: _____

Lesión sufrida (llagas, contusiones, cortaduras, etc.): _____

Nombre del médico o establecimiento sanitario que prestó los primeros auxilios: _____

Nombre del médico que lo atiende actualmente: _____

Domicilio: _____ Tel.: _____

¿Dónde le presta asistencia médica? (consultorio, sanatorio, hospital u otro): _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

¿Se instruyó sumario policial?: _____ Comisaría: _____

Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y autorizo a Allianz Argentina Cía. de Seguros de Vida S.A. a solicitar información a los médicos que me asisten o me han asistido.

Fecha en: _____ el: _____

Firma, sello y aclaración (1)

(1) Firma y sellado del contratante (en caso de Seguros colectivos de Accidentes Personales)

Firma y aclaración del asegurado o beneficiario (en caso de Seguros individuales de Accidentes Personales)

Para la liquidación de una indemnización cubierta por una póliza de accidentes personales deberá enviarse la siguiente documentación complementaria al presente formulario.

En seguros de CONTRATACION COLECTIVA e INDIVIDUAL

En caso de Muerte Accidental:

Fotocopia legalizada del certificado de defunción

Formulario **"Declaración del médico sobre la muerte del asegurado"** (SV2) que deberá ser completado por el médico asistente y/o forense

Denuncia policial

Copia completa de la Causa Penal con dosaje de alcohol instruida con motivo del accidente

Designación de beneficiarios

Fotocopias autenticadas de los documentos de identidad de cada beneficiario

Declaración del beneficiario (SV4)

Recibo de sueldo correspondiente al mes del accidente (para seguros colectivos)

En caso de invalidez Parcial o Total Permanente por accidente y gastos de Asistencia Médico - Farmacéutica

Formulario **"Declaración relativa a la incapacidad por accidente"** (SV7) Denuncia

Policial

Copia completa de la Causa Penal que se hubiera instruido con motivo del accidente

Copia completa de la historia clínica

Comprobantes de gastos médicos originales con sus respectivos órdenes médicos extendidos a nombre del asegurado o del contratante.

Recibo de sueldo correspondiente al mes del accidente (para seguros colectivos)

Alta Médica Definitiva