

# FORMULARIO DENUNCIA DE SINIESTRO

## SEGURO DE VIDA COLECTIVO

**EXPERTA**  
SEGUROS

Cuit: 30-71459054-1 IIBB CM 30714590541-901  
N° Inscip. SSN 0880

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.
- Enviar a siniestrosseguros@experta.com.ar - El original a Av. Libertador 6902, piso 12, CABA CP 1429.

Lugar y Fecha ▶ \_\_\_\_\_

Firma

Aclaración