

Siniestros Seguros de Personas

Accidentes Personales



Frente

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 mi 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.

Fechado 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 respectivas órdenes médicas extendidos a nombre del asegurado o del contratante.

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

Alta Médica Definitiva

Form. SV6

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por Allianz Argentina Compañía de Seguros S.A. (responsable de Bases de Datos).

Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnmdpnew, link "Ejerza sus derechos".