

Denuncia de siniestro por accidentes personales colectivos

DATOS DEL ASEGURADO

Comunicamos a Uds. el acaecimiento del accidente del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándome de la exactitud de los mismos.

Apellido y nombres

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal)

D.N.I. / L.C. / L.E.

C.I. (opcional)

Estado civil

☐ Soltero

☐ Casado

☐ Divorciado

☐ Viudo

☐ Unión civil

Fecha de nacimiento

Edad

Sexo

¿Es zurdo?

Nacionalidad

☐ F

☐ M

☐ Sí

☐ No

Profesión

Teléfono (opcional)

DETALLES DEL SINIESTRO

Descripción del accidente

Lugar de ocurrencia

Fecha

Hora

Lesión principal, secundarias y secuelas derivadas del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.)

DATOS DE LA PÓLIZA

Número

Certificado N°

Ramo

Contratante del seguro

Capital asegurado

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

Fecha de ingreso al seguro

Fecha de fallecimiento

Fecha del accidente

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

	Apellido y nombre	Documento	Fecha nac.	Parentesco	Domicilio
1					
	Lugar y fecha			Firma o impresión digital del beneficiario 1 (3)	
2					
	Lugar y fecha			Firma o impresión digital del beneficiario 2 (3)	
3					
	Lugar y fecha			Firma o impresión digital del beneficiario 3 (3)	

(**) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben.

OBSERVACIONES

Observaciones (opcional)

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que Woranz solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N° 17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

Lugar y fecha

Firma y sello aclaratorio del tomador

INFORME DEL MÉDICO ASISTENTE — DATOS DEL ASEGURADO

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra en forma completa sin omitir ninguna respuesta, por el médico que asistió o asiste al asegurado con motivo de la incapacidad denunciada. El médico asistente sólo certificará diagnósticos de certeza, no admitiéndose diagnósticos presuntivos.

Apellido y nombres	D.N.I. / L.E. / L.C.	C.I. (opcional)
Edad		Sexo ☐ F ☐ M

INFORME DEL SINIESTRO

Lugar de ocurrencia del accidente	Fecha del accidente
Hora	Descripción de la forma en que ocurrió el accidente
Lesión principal derivada del accidente	
Otras lesiones y secuelas derivadas del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.)	
Evolución de las lesiones y secuelas ☐ Favorable ☐ Desfavorable	
Indicar porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas anatómicas y/o funcionales producidas	
Estudios y análisis realizados que confirman las lesiones y secuelas sufridas por el asegurado (detallar y adjuntar)	

Indicar si las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del asegurado y derivaron del accidente

☐ Sí ☐ No	Factores de probable vinculación — intento de suicidio ☐ Sí ☐ No	Factores de probable vinculación — culpa grave ☐ Sí ☐ No
Carácter de la incapacidad ☐ Permanente ☐ Transitoria	Factores de probable vinculación — estado de ebriedad ☐ Sí ☐ No	Factores de probable vinculación — influencia de drogas ☐ Sí ☐ No

EXAMEN FÍSICO

Auscultación cardíaca normal ☐ Sí ☐ No	Auscultación pulmonar normal ☐ Sí ☐ No	Reflejos osteotendinosos normales ☐ Sí ☐ No
Tensión arterial — máxima	Tensión arterial — mínima	
Hepatomegalia ☐ Sí ☐ No	Várices ☐ Sí ☐ No	¿Es zurdo? ☐ Sí ☐ No
		Psiquismo ☐ Normal ☐ Alterado

ANTECEDENTES DE AFECCIONES AJENAS Y ANTERIORES AL ACCIDENTE

Diabetes ☐ Sí ☐ No	Reumatismo ☐ Sí ☐ No	Hipertensión ☐ Sí ☐ No	Obesidad ☐ Sí ☐ No	Gota ☐ Sí ☐ No	Adicciones ☐ Sí ☐ No
Otras (detallar) (opcional)			Observaciones (opcional)		

Las patologías denunciadas son las únicas de existencia actual que generan la incapacidad, no detectándose otra afección mediante el examen clínico y los estudios complementarios que se adjuntan.

Este informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

DATOS DEL MÉDICO

Apellido y nombres	Matrícula N°	Jurisdicción de la matrícula ☐ Nacional ☐ Provincial
Teléfono (opcional)		
Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, código postal)		
Lugar y fecha	Firma y sello aclaratorio del médico asistente	