

Solicitud de indemnización por asistencia médica y/o farmacéutica por accidente

Seguro de accidentes personales colectivo

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y nombres

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, código postal)

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

C.I. (opcional)

Edad

Sexo

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

☐ F ☐ M

Estado civil

Profesión / actividad

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ niñ civil

Teléfono (opcional)

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 DEL SINIESTRO

Lugar del accidente

Fecha

Hora

Descripción del accidente

Detallar las lesiones y secuelas derivadas del accidente

DATOS DEL RECLAMO

Detallar los comprobantes que conforman el importe reclamado (de ser necesario incluir anexo)

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Apellido y nombre

Documento

Fecha nac.

Parentesco

Domicilio

1

Lugar y fecha

Firma o impresión digital del beneficiario 1

Apellido y nombre

Documento

Fecha nac.

Parentesco

Domicilio

2

Lugar y fecha

Firma o impresión digital del beneficiario 2

Apellido y nombre

Documento

Fecha nac.

Parentesco

Domicilio

3

Lugar y fecha

Firma o impresión digital del beneficiario 3

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

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