

DENUNCIA DE SINIESTRO - ACCIDENTES PERSONALES

COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO - FARMACÉUTICA

Nº de Póliza:

Fecha

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombre: _____
Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Sexo: Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____
Domicilio: _____ CP: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono Celular: _____ Teléfono Particular: _____ E-mail (si se tiene): _____

Domicilio laboral:

Domicilio: _____ CP: _____ Localidad: _____
Provincia: _____

Obra social: _____

Días laborables: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo

Turno laboral: Fijo diurno Fijo nocturno Rotativo

Jornada laboral habitual: _____ hs. hasta _____ hs.

_____ hs. hasta _____ hs.

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha y hora del Siniestro: _____

Lugar del Siniestro: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

¿Dónde se encontraba usted presente al momento del siniestro?

- En el trabajo
 En desplazamiento durante jornada laboral
 Asistiendo y regresando del trabajo
 En otro lugar (de trabajo)
 Otros - Detalle: _____

Tareas que desempeña habitualmente: _____

¿Son las que efectuaba en el momento del accidente? SI NO

CIRCUNSTANCIAS DE OCURENCIA - DESCRIPCIÓN PORMENORIZADA DEL HECHO

Intervención policial: SI NO En caso afirmativo indique Comisaría interviniente: _____

Mano hábil: Derecha Izquierda

Detalle las lesiones sufridas: _____

¿Recibió atenciones previas por el presente siniestro? (Indique datos de fechas de atención, institución y médico tratante)

¿Ha sufrido antes otros accidentes que hayan dejado secuelas? (Detalle fecha de accidente y tipo de secuelas)

OBSERVACIONES

Esta aseguradora se reserva el derecho de solicitar originales de la documentación enunciada y cualquier otro tipo de documentación adicional.

IMPORTANTE: -Para que la denuncia sea válida, todos los campos deben estar completos en su totalidad.

Declaro bajo juramento que los datos consignados en esta denuncia son exactos en todas sus partes.

La póliza no deberá registrar deuda. Vencido cualesquiera de los plazos de pago del premio exigible indicado en las Condiciones Particulares sin que este se haya producido, la cobertura quedará automáticamente suspendida desde la hora 24 del día de vencimiento impago. Toda rehabilitación surtirá efecto desde la hora 0 del día siguiente a aquel en que el Asegurador reciba el pago del importe vencido. El asegurado comunicará al asegurador el acaecimiento del siniestro dentro de los 3 días de conocerlo.



DENUNCIA DE SINIESTRO - ACCIDENTES PERSONALES

COBERTURA ASISTENCIA MÉDICO - FARMACÉUTICA

En función a lo ordenado por la Res. 52/2012 de la UIF, Life Seguros requiere a sus asegurados informar si son Personas Políticamente Expuestas, en virtud de la cual, el/la que suscribe declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que **SI** **NO** se encuentra incluido y/o alcanzado/a dentro de la "Nómina de Funciones de Personas Políticamente Expuestas" aprobada por la Unidad de Información Financiera.

Prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo: Life Seguros S.A. se reserva el derecho de solicitarle al titular de la póliza la documentación prevista en la Resolución 28/2018 emitida por la Unidad de Información Financiera (U.I.F.), por cualquiera de los supuestos indicados en la misma. Podrá consultar el texto completo de Resolución en el sitio <https://www.argentina.gob.ar/uif>

Me obligo ante Life Seguros S.A. a suministrar cualquier tipo de información/documentación relacionada con esta denuncia que me sea requerida, y que sea considerada necesaria para verificar la existencia del siniestro o de la extensión de la prestación a su cargo. (Art 46 de la Ley de Seguros)

Los asegurados podrán solicitar información ante la Superintendencia de Seguros de la Nación de la entidad aseguradora, dirigiéndose a Julio A. Roca 721 (c.p.1067), Ciudad de Buenos Aires, en el horario de 10.30 a 17.30 hs; o bien comunicándose telefónicamente al 0800-666-8400 o 4338-4000 (líneas rotativas), por correo electrónico a consultasydenuncias@ssn.gob.ar o vía internet a la siguiente dirección: www.ssn.gob.ar.

Firma y Aclaración

Lugar y Fecha

