

# Accidentes Personales

## Denuncia de Accidente

**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 a continuación. Complétese en forma clara y precisa para agilizar el trámite.

Contratante:

Póliza N°:

### **Apellido y Nombre del accidentado:**

Fecha de Nacimiento:

Tipo y No 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:

**(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:

El accidente ocurrió:

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 PRUDENCIA Compañía Argentina de Seguros Generales SA a solicitar información a los médicos que me asisten o me han asistido.

Lugar:

Fecha:

Firma, sello y aclaración (1)

(1) Firma y sellado del Contratante (en caso de Seguro Colectivo de Accidentes Personales)

Firma y aclaración del Asegurado o Beneficiario (en caso de Seguro Individual 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" 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

Formulario "Declaración del Beneficiario" debidamente completado

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"

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 extendidas a nombre del Asegurado o del Contratante.

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

Alta Médica Definitiva