

|         |            |
|---------|------------|
| POLIZA: | SINIESTRO: |
|---------|------------|

**Para ser conformado por el Asegurado/Beneficiario/Denunciante**

**Datos del Asegurado**

|   |            |                                      |               |
|---|------------|--------------------------------------|---------------|
| Apellido y Nombres:   |            | LE/LC/DNI/CI N°:                     | Estado Civil: |
| Fecha de Nacimiento:  | Domicilio: | Localidad:                           |               |
| N° CUIL/CUIT:   | E - Mail:  | Tel. / Cel.:                         |               |
| Posee obra social/sistema pre-pago? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |            | Nombre obra social/sistema pre-pago: |               |

FECHA DE ACCIDENTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FECHA DE DETERMINACION DE INVALIDEZ

FECHA DE FALLECIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PERMANENTE (TOTAL Y PARCIAL): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cobertura a denunciar**

|                          |   |                          |
|--------------------------|---|--------------------------|
| MUERTE                   | INVALIDEZ PERMANENTE<br>(Total y Parcial) | GASTOS MÉDICOS           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> |

**Datos del Profesional Interviniente**

|                             |                           |                  |
|-----------------------------|---------------------------|------------------|
| APELLIDO Y NOMBRES:         |                           |                  |
| N° DE MATRICULA PROVINCIAL: | N° DE MATRICULA NACIONAL: | LE/LC/DNI/CI N°: |
| DOMICILIO:                  | LOCALIDAD:                | TELÉFONO:        |

**Datos del Establecimiento Asistencial:**

NOMBRE:

|            |           |
|------------|-----------|
| DIRECCIÓN: | TELÉFONO: |
|------------|-----------|

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Previnca Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de Emisión

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado/Beneficiario/Denunciante

**Para ser conformado por el Profesional tratante/Institución interviniente**

Por el presente certifico que el día \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, el Sr./a: \_\_\_\_\_  
LE/LC/DNI/CI N° \_\_\_\_\_, ha sufrido un accidente que le demandara:

● Atención Médica Ambulatoria

Diagnóstico/s Datos relevantes de la Historia Clínica: \_\_\_\_\_

Causas y naturaleza de la lesión sufrida: \_\_\_\_\_

Otros comentarios que considere de interés: \_\_\_\_\_

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha de Emisión

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Profesional

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello del Responsable  
del Establecimiento Asistencial

**PLAZOS DE PRESENTACION:** 3 Días de ocurrido el accidente.

**DOCUMENTACION MEDICA y PERSONAL POR CADA COBERTURA**

|  |   |
|--|---|
| <p><b>MUERTE</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Fotocopia de Historia Clínica *</li><li>-Fotocopia de Informes Médicos Evolutivos *</li><li>-Fotocopia de Informes de Estudios de diagnóstico *</li><li>-Fotocopia de Documento de Identidad</li><li>-Fotocopia de Denuncia Policial *</li><li>-Fotocopia de Acta de Defunción (Certif.y Leg.en original)</li></ul> <p>* NO EXCLUYENTE</p>   | <p><b>INVALIDEZ PERMANENTE</b> (Total y Parcial)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Fotocopia de Historia Clínica</li><li>-Fotocopia de Informes Médicos Evolutivos</li><li>-Fotocopia de Informes de Estudios de diagnóstico</li><li>-Fotocopia de Dictamen de Invalidez</li><li>-Fotocopia de Documento de identidad</li><li>-Fotocopia de Denuncia Policial *</li></ul> <p>* NO EXCLUYENTE</p> |
| <p><b>GASTOS MEDICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-H. Clínica o Certificado Médico expresando las causas y naturaleza de las lesiones que el Accidentado presente, sus consecuencias conocidas o presuntas y la constancia de que se encuentra sometido a un tratamiento racional.</li><li>-Fotocopia de Receta u Orden Médica (prescripción de medicamentos, tratamientos, análisis o prestación)</li><li>-Factura de Gastos con identificación de conceptos (Original)</li><li>-Fotocopia de Documento de identidad</li><li>-Fotocopia de Denuncia Policial</li></ul> |   |