

Denuncia de Siniestro **Asistencia Médica y Farmacéutica por Accidente**

				Póliza Nro.
Datos del Contratante				
Establecimiento o Razón Social:				
				D:
	Localidad:			
Datos del Accidente				
Lugar:			Fecha:	Hora:
Detalle de lo sucedido: (Detalle de la	tarea que estaba realizando al mome	nto de ocurrir el accider	nte)	
DETALLE DE LA LESIÓN				
			Tipo do losia	ón □ Dofinitiva □ Pocuparable
				on Demittiva Recuperable
Descripcion de la Tesion.				
Datos del Asegurado				
				Cava
	□ Pasaporte Nro.			
	Estado Civil:			
Domicilio rea <u>l:</u>				
	Localidad:			
Teléfono: ()	E -mai	l:		
EN CASO DE PERTENECER A UN ES	TABLECIMIENTO ESCOLAR, INDICA	₹:		
Condición del Alumno:	Grado _	División	Turno	Período Escolar:
	Distrito Escolar			
Firma y aclaración del Asegurado			Firma y aclara	ción del Contratante

COM - 043/4 - 05/2018 1/2

Denuncia de Siniestro - Asistencia Médica y Farmacéutica por Accidente

		Póliza	Nro
Beneficiarios del Seguro			
Carácter del Beneficiario: □ Asegurado □ Padre □ Mad	dre ☐ Tutor ☐ Contratante		
Apellidos y Nombres :			_ Sexo:
Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro	!(Adjun	ntar copia) Fecha de Nacimiento:	
Nacionalidad: Estado G	ivil:	Lugar de Nacimiento <u>:</u>	
Domicilio real:			
Provincia: Localidad			
Teléfono: ()	E -mail:		
importe Reclamado:			
De mi mayor consideración:			
Autorizo a Nación Seguros S.A. a acreditar en mi cuenta ba ciario, en concepto de indemnización total y definitiva se denunciada servirá de suficiente recibo cancelatorio del in	gún la aplicación de las Condiciones de	póliza. La acreditación de la suma	liquidada en la cuenta
DATOS DE LA CUENTA			
Banco:	Sucursal:		
Tipo de cuenta: 🔲 Caja de Ahorro 💲 🖂 Cuenta Corriente 🕏	☐ Caja de Ahorro U\$S ☐ Cuenta C	orriente U\$S	
Nº de cuenta:	CBU Nº (22 dígitos):		
(!) La cuenta debe estar a nombre del beneficiario.			
Requisitos Generales a Presentar			
——————————————————————————————————————	conferida por el Art. 46 2° párrafo de la Ley de Seguros 1	N° 17.418, motivo por el cual quedará interrumpid	o el plazo para que se expida la
☐ Fotocopia del DNI del asegurado y beneficiarios ☐ Fotocop☐ Fotocopia de la Historia Clínica completa y estudios respect EN CASO DE PERTENECER A UN ESTABLECIMIENTO ESCOLA	o a lesiones sufridas 🔲 Fotocopia de las p		s de los gastos realizados
☐ Acta Escolar - Copia Certificada ☐ Certificado de Escolarid	ad - Original 🛘 1º y 2º hoja del DNI de la pe	ersona que reclama el reintegro - Copi	a Simple
☐ Acta de Nacimiento del Alumno - Copia Certificada EN CASO DE PERTENECER A UNA EMPRESA/COOPERATIVA	MILITIAL ADUINTAR		
☐ Último recibo de sueldo y certificado de trabajo	WOTOAL, ADJONTAR.		
Importante: Presente los comprobantes de pago pertinentes, con fecha de emisió una descripción o detalle del gasto. Las facturas deben ser extendidas a nombre y a contratante, condición necesaria e indispensable para iniciar los trámites inherentes	pellido del beneficiario y firmadas por éste. Toda docume	entación presentada debe ser visada y sellada por la	
Conforme lo establecido en el Art. N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimis las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las no	no se informa que la Dirección Nacional de Protección de D	•	•
Lugar y Fecha:			
Firma y aclaración del Asegurado		Firma y aclaración del Contratant	Δ

COM - 043/4 - 05/2018 2/2