



**DENUNCIA DE SINIESTRO
RAMO VIDA COLECTIVO**



PÉRDIDA O DISMINUCION DE INGRESOS

DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

POLIZA	CERTIFICADO		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO				

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL														
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT									
	DNI	LE	LC	CI	CUIT										
	CALLE					NRO.			PISO			DTO.			
	COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA				TELEFONO			

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES													
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
	DNI	LE	LC	CI										
	CALLE					NRO.			PISO			DTO.		
	COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA				TELEFONO		
ESTADO CIVIL					MONTO RENTA MENSUAL									

DATOS PARTICULARES DE LA COBERTURA	FECHA DE OCURRENCIA ACCIDENTE O ENFERMEDAD:										HORA:				
	EN CASO DE ACCIDENTE	LESIONES SUFRIDAS:													
		ATENCIONES RECIBIDAS:													
		MEDICOS INTERVINIENTES CONSECUENCIAS													
		LUGAR DE ATENCION OBSERVACIONES													
		Se deberá acompañar: historia clínica, constancias de la incapacidad temporal sufrida, secuelas, certificado médicos, radiografías, estudios, tiempos de inhabilitación, etc.													
	EN CASO DE ENFERMEDAD	ENFERMEDAD PADECIDA													
		FECHA DE INICIO													
		MEDICOS QUE LO ATENDIERON													
		LUGARES DE INTERNACION													
TIEMPO DE INHABILITACIÓN															
Se deberá acompañar: Historia clínica, estudios con relación a la enfermedad denunciada causante de la incapacidad temporal, constancias médicas de la incapacidad.															
EN TODOS LOS CASOS	Indicar el promedio de ingresos mensuales de los últimos seis meses anteriores a la incapacidad o accidente denunciado:										\$				
	Indicar el ingreso percibido en el período de la incapacidad temporal:										\$				
	Indicar el ingreso percibido en el mismo período del año anterior:										\$				
	Acompañar copia de facturaciones o rendiciones oficiales que avalen lo expresado														

BENEFICIARIO	APELLIDO Y NOMBRES													
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO						FECHA DE NACIMIENTO		
	DNI	LE	LC	CI										
	CALLE					NRO.			PISO			DTO.		
	COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA				TELEFONO		

LUGAR:		
FECHA:/...../..... FIRMA DEL ASEGURADO ACLARACION DE FIRMA