



FORMULARIO DENUNCIA SINIESTRO | ACCIDENTES PERSONALES

DATOS DEL ASEGURADO

[Completar con los datos del asegurado a la fecha de ocurrencia del siniestro]

PÓLIZA N°: _____

CERTIFICADO N°: _____

APELLIDO Y NOMBRE: _____

TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO: _____

EDAD: _____

DATOS DEL ASEGURADO

[Completar con datos correspondientes a las circunstancias en las que se produjo el siniestro que motiva la denuncia]

COBERTURAS AFECTADAS

MUERTE ACCIDENTAL

FECHA DEL ACCIDENTE: _____

FECHA DE FALLECIMIENTO: _____

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE COMO CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

QUEMADURAS GRAVES COBERTURA TAXATIVA

REINTEGRO DE GASTOS DE ASISTENCIA MÉDICA FARMACÉUTICA

REINTEGRO DE GASTOS POR PROVISIÓN Y/U ÓRTESIS



FORMULARIO DENUNCIA SINIESTRO | ACCIDENTES PERSONALES

DATOS DEL SINIESTRO

[Completar con los datos precisos del siniestro]

FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE: _____

FECHA DEL DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO: _____

MÉDICOS O ESPECIALISTAS QUE INTERVINIERON:

(1) NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____

(1) DOMICILIO / TELÉFONO / EMAIL: _____

(2) NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____

(2) DOMICILIO / TELÉFONO / EMAIL: _____

(3) NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____

(3) DOMICILIO / TELÉFONO / EMAIL: _____

INSTITUCIÓN MÉDICA:

DOMICILIO / TELÉFONO / EMAIL: _____

MÉDICO DE CABECERA:

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL: _____

DOMICILIO / TELÉFONO / EMAIL: _____

DATOS DEL ASEGURADO

[Por favor remitir copia de la documentación correspondiente sobre el siniestro]

INFORME DEL MÉDICO

INFORMES DE DIAGNÓSTICO Y DICTAMEN MÉDICO DE INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

SUMARIO POLICIAL

DECLARO QUE LA INFORMACIÓN BRINDADA EN ESTE FORMULARIO ES, SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, VERDADERA Y COMPLETA.

FIRMA DEL DENUNCIANTE: _____

ACLARACIÓN DE FIRMA: _____

CARÁCTER DEL DENUNCIANTE: _____

LUGAR Y FECHA: _____

DOMICILIO: _____

TELÉFONO: _____

E-MAIL: _____



INSTRUCCIONES PARA LA DENUNCIA DEL SINIESTRO | DOCUMENTACIÓN

ES MUY IMPORTANTES QUE LA DENUNCIA Y/O LA RECEPCIÓN DE CUALQUIER TIPO DE DOCUMENTACIÓN SEAN INFORMADAS A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE A LA COMPAÑÍA A: siniestros@digna.seg.ar

INFORMACIÓN QUE DEBE ENVIARSE A LA COMPAÑÍA EN CASO DE SINIESTRO

MUERTE POR ACCIDENTE

- Formulario "Denuncia de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma.
- Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- Fotocopia del documento de identidad del Beneficiario.
- Comprobantes para el pago, si no hubiese Designación de Beneficiarios: Tomador (derecho al cobro) / Declaratoria de herederos (si el beneficiario no fuere el Tomador)

INVALIDEZ TOTAL O PARCIAL "PERMANENTE" POR ACCIDENTE

- Formulario "Denuncia de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales, si hubiesen sido instruidas.
- Dictamen de Comisión Médica.
- Alta médica, incluyendo informe de médico tratante.
- Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- Si el beneficiario fuese el Tomador del seguro: documentación indicando el derecho al cobro por parte del Tomador.

REEMBOLSO POR ASISTENCIA MÉDICA y/o FARMACÉUTICA

- Formulario "Denuncia de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma.
- Comprobantes originales de gastos médicos y/o farmacéuticos, acompañados de sus respectivas órdenes médicas.
- Fotocopia de la Historia Clínica por la prestación médica recibida.

BENEFICIO DE RENTA DIARIA

- Formulario "Denuncia de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma.
- Fotocopia de la Historia Clínica Completa y/o Historial médico completo, desde comienzos de las lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados.
- Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales, si hubiesen sido instruidas.
- Alta médica, incluyendo informe de médico tratante.