



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



DATOS DEL SINIESTRO

[Completar con los datos precisos del siniestro]

Fecha y hora del accidente :

Fecha del diagnóstico

Tratamiento

MÉDICOS O ESPECIALISTAS QUE INTERVINIERON

Nombre y apellido del profesional

Domicilio Teléfono Email

Nombre y apellido del profesional

Domicilio Teléfono Email

Nombre y apellido del profesional

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.

Carácter del denunciante

Domicilio

Teléfono

Email:

Fecha: Lugar

Firma del denunciante: Aclaración



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

- o Formulario "Denuncia de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma.
- o Fotocopia del Certificado de Defunción del Asegurado, extendido por Organismo oficial.
- o Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.
- o Fotocopia del documento de identidad del Beneficiario.
- o 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

- o Formulario "Denuncia de Siniestro" debidamente cumplimentado en todas sus preguntas, firmado y aclarada la firma.
- o 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.
- o Fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales, si hubiesen sido instruidas.
- o Dictamen de Comisión Médica.
- o Alta médica, incluyendo informe de médico tratante.
- o Fotocopia del documento de identidad del Asegurado.
- o 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

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

BENEFICIO DE RENTA DIARIA

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