

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

PARA SER CONFORMADO POR EL BENEFICIARIO/DENUNCIANTE

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres:	LE/LC/DNI/CI N°:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	E-Mail:	
Domicilio/Localidad:	Tel. / Cel.:	
N° CUIT/CUIL:		
FECHA DE FALLECIMIENTO: ____ / ____ / _____		
Lugar:		
Causa:		

COBERTURA A DENUNCIAR

Riesgo principal

MUERTE

(* Completar informe Médico - ANEXO 1)

CLÁUSULAS ADICIONALES

* - Completar **ANEXO 2** | ** - Completar **ANEXO 3**

*Invalidez Total y Permanente (Por Enfermedad o Accidente) <input type="checkbox"/>	*Invalidez Total y Permanente (Por Accidente) <input type="checkbox"/>	Muerte Accidental <input type="checkbox"/>
Accidentes (Muerte o Pérdida de Órgano o Miembro) <input type="checkbox"/>	**Enfermedades Graves con Diagnóstico Terminal (Anticipo -% - Cap. Aseg. por Muerte) <input type="checkbox"/>	**Enfermedades Graves (Intervenciones Quirúrgicas, Trasplantes de Órganos) <input type="checkbox"/>

INFORMAR DATOS DE LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	PARENTESCO	EDAD

Informar datos bancarios de los Beneficiarios

Banco/Sucursal/Tipo de Cta./CUIT/CBU

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

Otorgo autorización y consentimiento a la Compañía 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.

IMPORTANTE: Esta denuncia deberá ser acompañada del Acta de Defunción (Certificada en Original) y Denuncia policial (cuando el deceso haya ocurrido por causas que no sean naturales)

PLAZO DE PRESCRIPCIÓN PARA EL BENEFICIARIO (LEY N° 17418): Conocida la existencia del Beneficio, hasta 3 (tres) años desde la fecha del Siniestro.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Beneficiario/Denunciante

ASEGURADO:	FECHA DEL SINIESTRO:	Nº SINIESTRO:
------------	----------------------	---------------

“A título de información complementaria (Art.46 párrafo segundo y Art. 48 de la Ley de Seguros) solicitamos a Ud. Presentar constancia de sumario prevencional que se labra con motivo de la muerte del Señor/ra: _____
 ocurrido con fecha: | | y/o fotocopia de las actuaciones que se sustancian en este caso, de las cuales surja la causa del fallecimiento del extinto. Hasta tanto no se cuente con dicha documentación, el término para expedirnos acerca de la precedencia de dicho siniestro quedará suspendida, conforme lo dispuesto por los Arts. 49 párrafo segundo y 51 párrafo segundo de la Ley de Seguros”

ATENCIÓN: EL PRESENTE INFORME DEBERÁ SER COMPLETADO (CON EXACTITUD Y LETRA LEGIBLE) EXCLUSIVAMENTE POR EL FACULTATIVO/A QUE HUBIERE ASISTIDO AL ASEGURADO CON MOTIVO DE SU/S PATOLOGÍA/S (MÉDICO DE CABECERA).

1) Nombre completo del Asegurado:
2) Lugar donde ocurrió el fallecimiento (Domicilio, sanatorio, policlínico, etc.)
3) Localidad o Provincia en la que ocurrió el fallecimiento:
4) Fecha de fallecimiento:
5) Enfermedad/es que causó/aron la muerte del Asegurado especificando fecha de diagnóstico/s de la/s misma/s (evitar expresiones tales como “paro cardiorespiratorio”):
6) Otros antecedentes clínicos padecidos por el asegurado. Fecha de diagnóstico:
7) ¿Era Ud. Su médico Asistente? En caso afirmativo, ¿Desde qué fecha?
8) ¿Asistía Ud. Al Asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o alguna Institución Hospitalaria o Sanatorial? ¿Cuál?
9) ¿El Asegurado tenía conocimiento de su enfermedad? ¿Desde cuándo?
10) ¿Estuvo el Asegurado internado a raíz de su última enfermedad con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los último 5 años? (Precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada)
11) ¿Qué exámenes complementarios le solicitó? ¿En qué fechas? ¿Cuáles fueron sus resultados?:
12) Detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad:
13) Detallar los nombre y domicilios de otros profesionales que hubieren atendido al Asegurado en su última enfermedad:
14) Señale la fecha a partir de la cual el Asegurado por su condición de salud no pudo atender sus ocupaciones:
15) En caso de accidente: A - ¿Se instruyó sumario policial o se realizó reconocimiento médico postmortem? ¿Cuál? ¿Por quién? ¿A qué conclusiones se arribó?

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Denunciante - Aclaración

B - Lugar, día mes, año y hora en la que se produjo el accidente:
C - Circunstancias en la que se produjo:
D - Diagnóstico anatómo-clínico presuntivo inicial:
E - Instituciones donde estuvo internado:
F - Detalle de los tratamientos médicos o quirúrgicos que le fueron practicados:
G - Causa final que introdujo a la muerte:
H - Lugar donde se produjo el deceso (Hospital, Sanatorio, Domicilio o Vía pública) :
I - Nómina de médicos que participaron en la asistencia del asegurado con motivo del accidente:
J - Adjuntar copia del informe de Alcholema.

Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, remisión de fotocopia o copia de Historia Clínica autenticada por la Institución y/o Profesionales intervinientes.

Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y completo, según mi leal saber y entender.

Lugar:	Fecha:
Nombre y Apellido del Médico:	
Matricula Profesional:	Tel. / Cel.:
Domicilio del Consultorio:	
<hr/> Firma y Sello del Profesional	

ESPACIO RESERVADO PARA PREVINCA SEGUROS S.A.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Denunciante - Aclaración

ASEGURADO:	FECHA DEL SINIESTRO:	Nº SINIESTRO:
------------	----------------------	---------------

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO

Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado

Apellido y Nombres:

Domicilio:

Tel. / Cel.:

DETALLES DE LA INVALIDEZ QUE DIERA ORIGEN AL RECLAMO

Fecha de la primera manifestación invalidante:

Fecha de diagnóstico de la invalidez por el médico tratante:

En caso en que la misma se originara por accidente, fecha del accidente:

Diagnósticos:

Tratamientos seguidos:

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE DE LA INVALIDEZ

Apellido y Nombres:

Número de Matrícula Provincial:

Número de Matrícula Nacional:

Tipo y número de Documento:

Domicilio:

Teléfono:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

Fotocopia de Historia Clínica completa

Determinación de Invalidez otorgado por Comisión Médica

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a la Compañía 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 Denunciante - Aclaración

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL TRATANTE

Por la presente certifico que desde el día: | | he atendido y tratado al paciente: _____
LE / LC / DNI / CI N°: _____ por la afección cuya descripción se detalla a continuación.

Indique si la invalidez total del asegurado estima tendrá carácter permanente o temporario:

Porcentaje de invalidez total y permanente estimado:

Diagnósticos / tratamientos seguidos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de inicio de la invalidez:

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la misma:

Fecha de la primera manifestación invalidante:

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

**FORMULARIO PARA LA DENUNCIA DEL SINIESTRO
VIDA INDIVIDUAL**

COBERTURA ADICIONAL - ENFERMEDADES GRAVES Y CON DIAGNÓSTICO TERMINAL -
INTERNACIÓN QUIRÚRGICA / TRASPLANTE DE ORGANOS - **ANEXO 3**

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

PARA SER CONFORMADO POR EL ASEGURADO/DENUNCIANTE

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres:	LE/LC/DNI/CI N°:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	E-Mail:	
Domicilio/Localidad:	TEL. / Cel.:	
N° CUIT/CUIL:		

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: ____ / ____ / _____

COBERTURA A DENUNCIAR

Diagnóstico de Enfermedades Graves Diagnóstico de Enfermedades Graves - Terminales Interv. Quirúrgicas Trasplante de Órganos

DATOS DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

Apellido y Nombres:	Teléfono:
N° de matricula provincial:	N° de matricula provincial:
Domicilio/Localidad:	LE/LC/DNI/CI N°:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL:

Nombre:	Teléfono:
Domicilio/localidad:	

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/Denunciante

**FORMULARIO PARA LA DENUNCIA DEL SINIESTRO
VIDA INDIVIDUAL**

COBERTURA ADICIONAL - ENFERMEDADES GRAVES Y CON DIAGNÓSTICO TERMINAL -
INTERNACIÓN QUIRÚRGICA / TRASPLANTE DE ORGANOS - **ANEXO 3**

POLIZA:

SINIESTRO:

PARA SER CONFORMADO POR EL PROFESIONAL TRATANTE/INSTITUCIÓN INTERVINIENTE

Por el presente certifico que el día: ____/____/_____, el Sr./a: _____
ha recibido indicación y/o Diagnóstico, con / sin ingreso a una Institución Médica sobre:

Diagnóstico de Enfermedades graves y con diagnóstico terminal Intervenciones Quirúrgicas Trasplante de Órganos

Diagnóstico/s Datos relevantes de la Historia Clínica:

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