

DENUNCIA ACCIDENTES PERSONALES

Siniestro Nº	
--------------	--

Póliza Nro.:	
--------------	--

DATOS DEL TOMADOR							
Apellido y Nombre o Razón Social							
Tipo de documento		Nº					
Localidad				Provincia		C. Postal	
Domicilio			Nº	Piso		Dto.	
Tel. Particular				Celular			
Tel. laboral				E. Mail			

DATOS DEL ASEGURADO							
Apellido y Nombre o Razón Social							
Tipo de Documento		Nº					
Localidad				Provincia		C. Postal	
Domicilio			Nº	Piso		Dto.	
Tel. Particular				Celular			
Tel. Laboral				E.Mail			
Tarea que realiza				Antigüedad en el puesto de trabajo			

LUGAR Y DETALLE DEL SINIESTRO DECLARADO							
Lugar de ocurrencia (Calle/Ruta/Avenida)					Nº o Km.		
Localidad/Partido				Provincia			
Fecha de ocurrencia			Horario		Tel.		
Lesión sufrida							
Parte del cuerpo lesionada							
Máquina que produjo el accidente							

EFECTUE UNA DETALLADA DESCRIPCION DEL ACCIDENTE

IMPORTANTE

Esta denuncia debe remitirse a la Compañía dentro de las 72 (setenta y dos) horas de haber llegado el accidente a conocimiento del Asegurado, según lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza

Lugar y Fecha	Firma del Denunciante	Aclaración
---------------	-----------------------	------------

ACCIDENTES PERSONALES DOCUMENTACION A PRESENTAR

Póliza N°	
-----------	--

Siniestro Nro.:	
-----------------	--

EN CASO DE MUERTE	
Formulario de denuncia completo	
Denuncia policial y copia completa de la causa penal (si lo hubiere)	
Declaratoria de herederos o formulario de designación de beneficiarios presentado en la Compañía previo al siniestro (sello visible)	
Copia del DNI de las personas designadas en la declaratoria de herederos	
Historia Clínica completa con parte médico de ingreso a guardia (excluyente)	
Certificado de defunción legalizado	

EN CASO DE INCAPACIDAD PARCIAL	
Formulario de denuncia completo	
Copia del DNI del accidentado (Frente y dorso)	
Historia Clínica completa: Informe médico, estudios realizados, parte médico de ingreso y egreso (excluyente)	
Denuncia policial (si lo hubiere)	
Alta médica definitiva / Alta médica laboral (Alta que implica que el accidentado puede realizar sus tareas habituales sin continuar con tratamiento médico)	

GASTOS MEDICOS	
Formulario de denuncia completo	
Copia del DNI / CUIT del Tomador del Seguro	
Comprobantes válidos como factura (EN ORIGINAL)	
Historia clínica completa que compruebe las prestaciones médicas realizadas	
Protocolo quirúrgico (en caso de cirugía)	
Informe de estudios realizados cuando correspondiere	
Alta médica definitiva / Alta médica laboral	

EN CASO DE SER INDEMNIZADO SOLICITO PAGO POR TRANSFERENCIA BANCARIA	
Copia de la Constancia de CBU	

NUMERO DE C.B.U.	

DATOS BANCARIOS			
Banco		C.A.	C.C:

INFORMACION IMPORTANTE

Enviar la documentación requerida por e-mail a riesgosvarios@paranaseguros.com.ar informando en el Asunto N° de póliza / Accidentado / N° de Siniestro.-

La documentación solicitada "EN ORIGINAL" deberá ser presentada en:

PARANA S.A. de SEGUROS – Pte. Juan Domingo Perón 690 P.3 CABA (C1038AAN) Argentina – Sector Siniestros / Att. Sres. de Riesgos Varios