ACCIDENTES PERSONALES
DENUNCIA DE SINIESTROS

PROVINCIA Seguros

CONTRATANTE:

Apellido y Nombres o Razón Social: .....
.....
.....

Póliza Nº .....

COBERTURAS:

Muerte: ..... ☐ Incap. Total y/o Parcial Permanente: ..... ☐
Asist. Médico-Farmacéutica: ..... ☐ Incapacidad Temporaria: ..... ☐

ACCIDENTADO:

Apellido y Nombres: .....
Fecha Nac.: ...../...../..... Fecha ingreso al Seguro: ...../...../.....
DNI / LE / LC - Nº ..... Cédula Ident. Nº ..... Expedida por:.....
Domicilio: Calle ..... Nº ..... Localidad: .....
Cód. Postal: ..... Pcia.: ..... Teléfono: ..... E-mail: .....

DATOS DEL ACCIDENTE:

Fecha: ...../...../..... Hora: ..... Lugar: .....
¿Se instruyó sumario policial? ..... En caso afirmativo, ¿Dónde? .....
Forma en que ocurrió: .....
.....
.....

CONSECUENCIAS:

¿Se produjo una invalidez permanente?, ¿Cuál? .....
.....
¿Se produjo una invalidez temporaria?, ¿Cuál? .....
.....

....
Firma del Contratante Firma del Asegurado

¿Se produjo el deceso? ..... Fecha: ...../...../..... Hora: .....

BENEFICIARIOS:

Apellido y Nombres	parentesco	tipo	Nº de Documento	F. Nacimiento

DOMICILIO DE LOS BENEFICIARIOS:

Calle Nº - C.P. - Localidad - Pcia.	Nº Teléfono	Firma

FORMA DE PAGO: (*) Marcar lo que corresponda

☐ Cheque para enviar a Delegación
☐ Cheque a retener en Provincia Seguros S.A.
☐ Transferir a: Sucursal .....Nº .....
☐ Acreditar en: Cta.Cte.Nº...../....C.A.Nº...../....Radicada en Sucursal.....Nº.....

Nota: Cuando se trate de reclamos por incapacidades se deberá adjuntar el diagnóstico del médico interviniente y denuncia policial. Si posee cobertura de asistencia médico-farmacéutica deberá remitir:
1) Para prestaciones médicas, consultas y prácticas: a) Recibo oficial de pago que cumpla con las exigencias de la D.G.I., Emitido por el prestador, conteniendo el nombre del profesional y los datos del asegurado. **b)** Orden médica por pedido de estudios y diagnóstico.
2) Para medicamentos: a) Factura o ticket oficial de pago, **b)** Prescripción médica, **c)** Troqueles correspondientes a cada medicamento.
En caso de fallecimiento, adjuntar el certificado de defunción, denuncia policial y toda documentación inherente al accidente.

Lugar y fecha ....., ... de ..... de 20.....

PROVINCIA Seguros S.A.
Carlos Pellegrini 71 - 1009 Cap. Fed.
T.E.: 4346-7300 - Fax: 4346-7337
C.U.I.T.: 30-52750816-5

PS Nº 416/018-