



ZURICH®

# Corporate Life & Pensions

## Denuncia de siniestro

Fechado en: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### 1 Datos del Denunciante

Nombre/s y Apellido/s:

DNI  LC  LE  (Que exhibe en este acto)

Domicilio particular: Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

En carácter de:  Asegurado  Beneficiario  Tercero  Apoderado (\*)  Otros

(\*) Debe presentar copia del poder que así lo designe.

Y por las siguientes razones:

El Denunciante presente en Zurich Argentina Compañía de Seguros S.A, manifiesta que viene a poner en conocimiento de la Aseguradora el acaecimiento del siguiente siniestro:

Muerte  Invalidez  Accidente

Detalle del Accidente / Invalidez (debe ser completado por el propio Asegurado)

Marque con una X, en el casillero correspondiente, según continúe o no en hoja anexa con el detalle del Accidente / Invalidez  Sí  No

### 2 Datos del Asegurado

Nombre/s y Apellido/s:

DNI  LC  LE

Fecha de ocurrencia del siniestro

Domicilio particular: Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Póliza N°

Contratada por:

¿Asistió usted al Asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna institución hospitalaria o sanatorial?

Sí  No

Precise el nombre de la o las entidades:

¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna obra social o institución?  Sí  No

¿Cuál?

¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su última enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años?  Sí  No

Precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.

¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado?

--	--	--	--	--	--	--	--

Si es de su conocimiento detalle los nombres y domicilios de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubieran sido llamados en interconsulta en relación a su enfermedad de base u otras.


¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría?  Sí  No ¿Desde cuándo?

--	--	--	--	--	--	--	--

¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a usted o fue informado por usted acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso?  Sí  No ¿En qué fecha?

--	--	--	--	--	--	--	--

¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del Asegurado? Salvo que no exista otra, evitar expresiones tales como "Paro cardio-respiratorio", "Asistolia ventricular", o similares.

--

¿Tiene usted en su poder los protocolos, los estudios paraclínicos a los que fuera sometido el Asegurado por su última enfermedad?  Sí  No

En caso negativo ¿Figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria o sanatorial?

Sí  No

¿Cuál?

¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?

--	--	--	--	--	--	--	--

¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado?  Sí  No

Detalle

¿Antes de la última enfermedad del extinto, en qué otras le prestó usted asistencia médica o fue consultado?

--

¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?

--

¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? Trate además de precisar fechas, duración y secuelas.

--

¿Sabe usted de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años?  Sí  No

Nombre y Domicilio

--

Se le hace saber al denunciante que Zurich Argentina Compañía de Seguros S.A. procederá a solicitar por escrito, en el domicilio del Asegurado o del Beneficiario en su caso, en el plazo de quince días contados a partir de la fecha de la presente denuncia la información complementaria necesaria para verificar la ocurrencia del siniestro que por este medio se denuncia y que el mismo se encuentra cubierto, ello de conformidad con lo dispuesto en el Art. 46 ap. 2° y 4° de la Ley de Seguros.

Asimismo se hace saber que la recepción del presente no implica aceptación del reclamo pues el mismo será evaluado y la Compañía se expedirá al respecto una vez agotada la verificación del siniestro en los plazos que le otorga el Art. 49 de la Ley de Seguros.

Se deja constancia que se acompaña al presente la siguiente documentación (aclarar si se trata de original o copia)

Marque con una X, en el casillero correspondiente, según continúe o no en hoja anexa con el detalle de la

Documentación  Sí  No

### 3 Denuncia de Siniestro

Fecha en: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Nombre/s y Apellido/s del Denunciante:

Detalle del Accidente / Invalidez / Otros:

.....

.....

.....

Detalle de la Documentación que se acompaña:

.....

.....

.....

Firma del denunciante

.....

Aclaración:

.....

Firma p/ Zurich Argentina Compañía de Seguros S.A.

.....

Aclaración:

.....