

Denuncia de Siniestro



1 Datos de la Póliza y el Asegurado

Número de Póliza _____

Fecha de Alta en Nómina _____

Contratante _____

Asegurado: _____

Tipo y Nro. de Documento _____

Domicilio del Asegurado _____

2 Datos del Accidente

Fecha y Hora del Accidente: _____

¿In-itinere? Sí No (tachar lo que corresponde)

Lugar del Accidente: _____

Circunstancias del accidente:

Testigos del Accidente: Sí No (En caso afirmativo dar datos de los mismos)

3 Datos de la Atención Médica del Asegurado

¿ El asegurado fue asistido médicamente por el accidente? _____ En qué fecha _____

Nombre del Servicio Médico y/o Médico Profesional que asistió:

Datos del médico: Matrícula: . _____ Dirección: _____

Tel: _____

4 Características de la Lesión

Tipo de lesión sufrida por el asegurado: _____

Diagnóstico de la lesión: . _____

Pronóstico: _____

Tratamiento indicado: _____

Tiempo de tratamiento aproximado: _____

¿El asegurado a la fecha de denuncia posee alta médica? Sí No (tachar lo que corresponde)

¿Presenta Secuelas incapacitantes? Sí No (tachar lo que corresponde). En caso afirmativo, detallar a continuación:

5 Documentación a presentar

- a) El presente formulario completo en todos sus puntos.
- b) Copia de Causa Penal (si se hubiese efectuado)
- c) Si a causa del accidente se produce el fallecimiento del asegurado: Certificado de Defunción Legalizado en original.
- d) Certificados Médicos de primera atención.
- e) Análisis Médicos.
- f) Copias de la Historia Clínica completa.
- g) Copia del DNI del Asegurado.
- h) Si se reclama Asistencia médica y farmacéutica, por favor enviar los originales de las facturas.

Lugar y fecha

Firma, Aclaración y Sello del Contratante

Aviso de protección de datos

Chubb Seguros Argentina S.A. ("Chubb") recaba y procesa la información personal que usted le proporciona. Chubb mantendrá la confidencialidad de esta información de conformidad con la legislación sobre privacidad de datos de la Argentina. Chubb utilizará y almacenará su información personal en una base de datos electrónica segura. Usted podrá acceder a la información personal provista mediante una solicitud razonable.

EL TITULAR DE LOS DATOS PERSONALES TIENE LA FACULTAD DE EJERCER EL DERECHO DE ACCESO A LOS MISMOS EN FORMA GRATUITA A INTERVALOS NO INFERIORES A SEIS MESES, SALVO QUE SE ACREDITE UN INTERÉS LEGÍTIMO AL EFECTO CONFORME LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 14, INCISO 3 DE LA LEY N° 25.326. LA DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, ÓRGANO DE CONTROL DE LA LEY N° 25.326, TIENE LA ATRIBUCIÓN DE ATENDER LAS DENUNCIAS Y RECLAMOS QUE SE INTERPONGAN CON RELACIÓN AL INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES. LEY 25.326 - ART 27 - INCISO 3RO: EL TITULAR PODRÁ, EN CUALQUIER MOMENTO, SOLICITAR EL RETIRO O BLOQUEO SU NOMBRE DE LOS BANCOS DE DATOS A LOS QUE SE REFIERE EL PRESENTE ARTÍCULO. DECRETO 1158/01 - ART.27 - 3ER. PÁRRAFO. EN TODA COMUNICACIÓN CON FINES DE PUBLICIDAD QUE SE REALICE POR CORREO, TELÉFONO, CORREO ELECTRÓNICO, INTERNET U OTRO MEDIO A DISTANCIA A CONOCER, SE DEBERÁ INDICAR, EN FORMA EXPRESA Y DESTACADA, LA POSIBILIDAD DEL TITULAR DEL DATO DE SOLICITAR EL RETIRO O BLOQUEO, TOTAL O PARCIAL, DE LA BASE DE DATOS. A PEDIDO DEL INTERESADO, SE DEBERÁ INFORMAR EL NOMBRE DEL RESPONSABLE O USUARIO DEL BANCO DE DATOS QUE PROVEYÓ LA INFORMACIÓN.