

DENUNCIA DE SINIESTRO - ACCIDENTES PERSONALES  
 PÓLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A.  
 Y SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO)

**Contratante**

Apellido y Nombres o Razón Social: \_\_\_\_\_  
 Póliza N°: \_\_\_\_\_

**Coberturas**

Muerte                       Incapacidad total y/o parcial permanente                       Incapacidad temporaria

**Accidentado**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_  
 Fecha Nac.: / /                      Fecha de ingreso al seguro: / /  
 D.N.I./L.E./L.C.:                      C.I.:                      Expedida por: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: Calle:                      N°:                      Localidad: \_\_\_\_\_  
 Código Postal:                      Provincia:                      Teléfono: \_\_\_\_\_  
 E-mail: \_\_\_\_\_

**Detalles del Siniestro**

Lugar de ocurrencia                      Fecha: / /                      Hora: \_\_\_\_\_  
 ¿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: \_\_\_\_\_

**Datos de los Beneficiarios**

Apellido y Nombres	Parentesco	Doc. de Identidad (tipo y N°)	Fecha de Nacimiento
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____
d) _____	_____	_____	_____

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, provincia, cód. postal) y teléfono	Firma
a) _____	_____
b) _____	_____
c) _____	_____
d) _____	_____

## Forma de Pago

- Cheque para enviar a Delegación
- Cheque a retener en Provincia Seguros S.A.
- Transferir a: Sucursal: ..... N°: .....
- Acreditar en: Cta. Cte. N°: ...../.... C.A. N°: ...../....  
Radicada en Sucursal: ..... N°: .....

NOTA: Cuando se trate por 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