



INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500
www.institutoasegurador.com.ar

ACCIDENTES PERSONALES Denuncia de Siniestro

Número de Póliza: _____

1. DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre y Apellido o Razón Social: _____ C.U.I.T.: _____
Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ Email: _____

2. DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha del accidente: _____ Hora del accidente: _____
Lugar del accidente: _____
Fue en el interior del edificio: Si No Fue en la vía pública Si No

3. DATOS DEL ASEGURADO ACCIDENTADO

Nombre y Apellido: _____ DNI: _____ Fecha nacimiento: _____
Calle: _____ N° _____ Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono: _____ Email: _____
Actividad realizada: _____

DESCRIPCION DE LA FORMA EN QUE OCURRIO EL ACCIDENTE

LESIONES SUFRIDAS POR EL ASEGURADO COMO CONSECUENCIA DEL ACCIDENTE

INFORMAR: SI SE INMOVILIZA ALGUN MIEMBRO, TIEMPO. CIRUGIAS PROGRAMADAS.



INSTITUTO ASEGURADOR MERCANTIL COMPAÑÍA ARGENTINA DE SEGUROS S.A.

Av. Belgrano 774 (C1092AAU) C.A. de Buenos Aires, Argentina - Tel / Fax 011-5555-8500
www.institutoasegurador.com.ar

DOCUMENTACION ANEXA - marcar los documentos que se agregan a la denuncia

Fotocopia DNI Denuncia Policial Informe Médico Historia Clínica Epicrisis Certificado Médico

Comprobantes de gastos (solo si posee cobertura de asistencia médica y farmacéutica)

Fecha	Concepto	Importe

3. DATOS DE TESTIGOS DEL ACCIDENTE

Nombre y Apellido: _____	DNI: _____	Fecha nacimiento: _____
Calle: _____	Nº _____	Piso: _____ Dpto: _____ Cod Postal: _____
Localidad: _____	Provincia: _____	
Teléfono: _____	Email: _____	
Relación con el asegurado: _____		

.....
Firma del Tomador del Seguro

.....
Firma del Asegurado

ADVERTENCIA

Según el tipo de lesiones y sus consecuencias el Asegurador podrá designar en cualquier momento un AUDITOR MEDICO o MEDICO LEGISTA para corroborar las lesiones, su relación con el accidente, las consecuencias de las mismas, el tiempo de reposo o invalidez temporaria, y la existencia y grado de invalidez permanente según el baremo establecido en la Póliza y en el caso de poseer cobertura los gastos de asistencia médica y farmacéutica presentados.