

Aviso de siniestro

Siniestro n°

Gastos médicos y hospitalarios por ACCIDENTE

HHD

Estimado cliente:

Para que podamos brindarle una cobertura de seguro rápidamente y sin complicaciones, necesitamos que nos facilite algunos datos importantes. Le rogamos que complete esta notificación de siniestro cuidadosamente y que adjunte, si corresponde, la siguiente documentación:

- Informe policial (si existe)
- Facturas originales con recetas
- Facturas originales (médico, hospital)
- Póliza o certificado de seguro (copia)

Si no puede responder alguna pregunta o no puede hacerlo en forma completa, le pedimos que nos explique el motivo.

Preguntas sobre el tomador del seguro (persona que ha contratado el seguro)

Apellido: _____

Nombres: _____ Fecha de nacimiento: _____

Calle, número: _____

CP, localidad: _____

Teléfono (para ubicarlo durante el día): _____ Correo electrónico: _____

Número de cuenta (IBAN): _____

BIC/SWIFT: _____

Razón social, CP y localidad del banco: _____

Preguntas sobre la persona asegurada

Apellido: _____ Nombres: _____

Fecha de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Preguntas sobre el seguro de accidente

1. Fecha de contratación del seguro: _____

2. Póliza o certificado de seguro n°: _____

3. ¿Existen otros seguros para este hecho? Sí No

4. En caso afirmativo, indique cuáles son. _____

5. ¿Ya fue entregada una indemnización por parte de un tercero o esta fue solicitada? Sí No

6. En caso afirmativo, indique quién la entregó o a quién se la solicitó. _____

Preguntas sobre el accidente

7. Día del accidente: _____ Hora del accidente: _____

8. Lugar del accidente: _____

9. Descripción precisa de la lesión: _____

10. ¿La persona lesionada estaba bajo los efectos del alcohol, medicamentos o drogas? Sí No
11. ¿Se solicitó la intervención de un médico? Sí No
12. En caso afirmativo, cuándo fue la primera vez? _____ fecha: _____
13. Nombre y domicilio del médico a cargo del tratamiento: _____

14. ¿El tratamiento ha concluido? Sí No
15. En caso negativo, duración prevista del tratamiento hasta: _____
16. ¿Se espera recibir otras facturas? Sí No
17. En caso afirmativo, indique de parte de quién. Nombre y dirección: _____

18. ¿Quién ha ocasionado el accidente? Nombre y dirección: _____

ERV queda eximida de la obligación de realizar la prestación, si una vez ocurrido el siniestro la persona asegurada intenta engañar a ERV de manera deliberada sobre circunstancias importantes para el fundamento o la cuantía de la prestación.

Autorizo a los médicos, instituciones de la salud de todo tipo, entidades de seguro y a ERV a otorgar toda la información necesaria sobre enfermedades anteriores, enfermedades existentes actualmente y sobre aquellas ocurridas durante la vigencia del contrato, sobre las consecuencias del accidente y discapacidades y eximo a los mencionados de su deber legal de guardar silencio.

Lugar y fecha

Firma de la persona asegurada o de su representante legal