

# Denuncia de Siniestro

## PORTO SEGURO VIDA



Siniestro N°
Póliza N°
Fecha

### 1 - Introducción

Sírvase completar este formulario en letra de imprenta. Le agradecemos contestar todas las preguntas y brindar toda la información de su conocimiento.

Si no hubiera espacio suficiente para alguna respuesta, por favor continúe en una hoja aparte y adjúntela al presente formulario bajo firma y aclaración de la misma.

### 2 - Información sobre el Asegurado

Apellidos y Nombres:		
Documento Tipo:	N°	Fecha de Nacimiento:
Institución de cobertura medica:		

### 3 - Información del Denunciante (completar en caso de diferir con el Asegurado)

Apellidos y Nombres:		
Documento Tipo:	N°	Fecha de Nacimiento:
Domicilio:		
Teléfono de contacto:	Dirección de e-mail:	
Relación con el asegurado:		

### 4 - Información del Siniestro

<input type="checkbox"/> Muerte	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental con Indemnización Complementaria
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente	<input type="checkbox"/> Aumento de Porcentaje por Pérdida de Miembros
<input type="checkbox"/> Gastos Médico-Hospitalarios y Odontológicos	<input type="checkbox"/> Anticipo Especial por Enfermedad Irreversible y/o en Fase Terminal
<input type="checkbox"/> Enfermedades Graves	<input type="checkbox"/> Diagnóstico de Cáncer
<input type="checkbox"/> Seguro Educativo	<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Incapacidad Temporal
Fecha de ocurrencia:	
Breve descripción de causas y circunstancias:	

### 5 - Información de los Beneficiarios (completar en caso de fallecimiento)

Nombre	Vínculo / Parentesco	Documento

### 6 - Información del Médico Tratante

Apellidos y Nombres:	
Domicilio:	
Teléfono de contacto:	Dirección de e-mail:

## 7 – Documentación a presentar adjunta a la presente denuncia

### 1) En caso de Muerte:

- a) Testimonio de partida de defunción.
- b) Para el caso de que no existieran beneficiarios, certificado de resultancia de autos.

### 2) Para la cobertura de Muerte Accidental con Indemnización Complementaria, además de los requisitos exigidos en el numeral anterior:

- a) Testimonio de denuncia policial.
- b) Autopsia si hubiere sido practicada.
- c) Tratándose de accidente automovilístico, en que el fallecido haya sido conductor del vehículo, licencia de conducir o constancia de la Intendencia Municipal que la hubiera expedido.

### 3) En caso de Invalidez Permanente Total o Parcial por Accidente, además de los requisitos exigidos en los numerales anteriores en cuanto correspondan:

- a) Denuncia de accidente de trabajo, si fuera el caso.
- b) Certificado de alta médica definitiva.
- c) Testimonio de la historia clínica y resultados de todos los exámenes realizados al asegurado.

### 4) En caso de Anticipo Especial por Enfermedad Irreversible y/o en Fase Terminal:

- a) Testimonio de la historia clínica
- b) Resultados de todos los exámenes realizados al asegurado

### 5) En caso de que se configure el siniestro relacionado a la cobertura de Gastos médico-hospitalarios y odontológicos

- a) Originales de todos los comprobantes de gastos médico-hospitalarios y/u odontológicos, discriminando el tratamiento realizado y el material utilizado.
- b) Testimonio de la historia clínica médica u odontológica, y resultados de todos los exámenes realizados por el asegurado.
- c) Denuncia de accidente de trabajo, si fuera el caso.
- d) Denuncia policial, si fuera el caso.
- e) Licencia de conducir, tratándose de accidente automovilístico, en que el Asegurado haya sido conductor del vehículo o constancia de la Intendencia Municipal que la hubiera expedido.

### 6) En caso de Enfermedades Graves:

- a) Testimonio de la historia clínica
- b) Resultados de todos los exámenes realizados al asegurado
- c) Diagnóstico expedido por médico tratante

### 7) En caso de Diagnóstico de Cáncer:

- a) Testimonio de la historia clínica
- b) Resultados de todos los exámenes realizados al asegurado
- c) Informe realizado por médico oncólogo o patólogo, quien deberá confirmar por escrito la evidencia patológica de malignidad después de realizar un estudio de arquitectura histocitológica o examinación de tejidos fijos.

### 8) En caso de Seguro Educacional:

- a) Todos los documentos requeridos en el numeral 3) de este artículo para el caso de Invalidez Permanente
- b) Testimonio de Partida de Defunción
- c) Comprobante emitido por el Instituto Educativo elegido por el beneficiario, con el detalle del costo mensual y matrícula del curso a asistir.

Si el Beneficiario cambiara de Centro Educativo, tendrá la carga de notificarlo a la Aseguradora dentro del plazo de 10 días a partir del referido cambio. En este caso, deberá aportar los documentos consignados en el literal c) de la presente cobertura.

### 9) En caso de Renta Diaria por Incapacidad Temporal

- a) Historia clínica y exámenes complementarios realizados.
- b) Tratándose de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, denuncia realizada ante la Aseguradora.
- c) Tratándose de accidente de tránsito o cualquier otro accidente con intervención de autoridad policial, copia de la denuncia policial y hoja de asistencia médica de atención de emergencia.

Firma del Denunciante	Aclaración	Fecha
-----------------------	------------	-------