

Denuncia Siniestro Accidentes Personales

Asegurado: Confederación Argentina De Basquetbol - Póliza N°: 09 -692281

Esta denuncia contestada en todas sus partes, sin omisión alguna

Apellido y Nombres del accidentado: _____

Doc. Tipo DNI/LE/LC N°: _____

Domicilio de residencia: _____

Teléfono _____

Expresé cuando, donde y en que contexto tuvo lugar el accidente.

Estadio/ Localidad y Domicilio: _____

Fecha: ____/____/____ Hora: ____:____

Detalle como sucedió y que actividad estaba desarrollando (sírvese dar detalles completos)

Expresé que lesiones ha sufrido

Aclaraciones

Requisitos para reclamos de Asistencia medico farmacéutica:

Historia Clínica completa y/o Certificados Médicos emitidos desde la fecha del siniestro.

Alta médica definitiva, producto de la lesión sufrida.

Copia de facturas de gastos de asistencia médica y farmacéutica (deben ser acompañados con su respectiva prescripción médica).

Es requisito para el procesamiento del reintegro, la presentación del comprobante de CBU emitida por el Banco, home-banking o cajero, cuenta en pesos y a la orden del Accidentado o de ser menor de edad a la orden de los padres, acreditando tal condición. Constancia de CUIL.

Lo expresado es documentación básica, la cual puede sufrir alteraciones, según las características del siniestro denunciado y en análisis, o según surja del aporte de la documentación, lo cual nos brinda la posibilidad de solicitar carga documental complementaria.