

1

En caso afirmativo indique Centro Hospitalario:		¿Hubo testigos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Apellido(s) y Nombre(s) de los testigos	Dirección de los testigos	Teléfonos de los testigos	
V. OTROS SEGUROS QUE AMPARAN EL RIESGO			
Compañía de Seguros	Póliza Nro.	Fecha Desde	Fecha Hasta
VI. DOMICILIACIÓN DE PAGOS			
El Contratante y/o Asegurado Principal autoriza que el pago derivado de este siniestro se efectúen a la siguiente cuenta bancaria :			
<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente Nro. _____ del Banco _____.			
VII. DECLARACIÓN			
<p>Con la firma del presente, declaro formalmente que todas las afirmaciones y datos que he consignado al llenar este formulario, responden íntegramente a la verdad, sin aumentar, disminuir o tergiversar circunstancias que puedan afectar la apreciación de los hechos, en consecuencia autorizo a Banesco Seguros S.A., a verificar la información aquí suministrada, pudiendo para ello tener acceso a cualquier documento que resulte pertinente a tal fin.</p>			

Lugar y Fecha	Declarante o Asegurado	Contratante
	Apellido(s) y Nombre(s) : _____ C.I. : _____ Firma: _____	Apellido(s) y Nombre() : _____ C.I. : _____ Firma: _____

Requisitos Mínimos para la Tramitación del Siniestro
<p>En caso de Muerte Natural, este formulario debe suministrarse junto con los siguientes requisitos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Copia del Certificado de Nacimiento, Cédula de Identidad o Pasaporte del Asegurado 2. Certificado de Defunción emitido por el Registro Civil (con sus timbres) 3. Formulario Único de Parte Clínico de Defunción 4. Copia del Certificado de Nacimiento, Cédula de Identidad o Pasaporte del(los) Beneficiario(s) 5. Copia de la Cédula de Identidad o Pasaporte del Representante Legal del(los) Beneficiario(s) en caso de que sea(n) menor(es) de edad 6. Declaración del Médico que atendió al Asegurado o de la Cuadrícula Médica <p>En caso de Muerte, Desmembramiento o Invalidez por causa Accidental debe suministrarse además:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Informe de toxicología 8. Informe de necropsia (en caso de Muerte Accidental) 9. Informe de Autoridad competente que intervino en el Accidente 10. Informe Médico que describa, justifique y certifique la incapacidad (en caso de Invalidez) 11. Resolución de Pensión por Invalidez emitida por la Caja del Seguro Social (en caso de Invalidez) <p>En caso de Enfermedades Graves debe suministrarse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Copia del Certificado de Nacimiento, Cédula de Identidad o Pasaporte del Asegurado 2. Informe Médico detallado donde indique diagnóstico, causa y tratamiento a seguir 3. Historia Clínica completa o Cuadrícula Médica <p>En caso de Gastos Médicos o Indemnización Diaria por Hospitalización debe suministrarse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Copia del Certificado de Nacimiento, Cédula de Identidad o Pasaporte del Asegurado 2. Facturas originales debidamente selladas y avaladas por récipes médicos 3. Radiografías, exámenes de laboratorio y otras pruebas de diagnóstico con sus respectivos resultados 4. Informe Médico que detalle ingreso, diagnóstico, para-clínicos, terapia y egreso