

CONTRATANTE:

Apellido y Nombres o Razón Social:	Póliza N°
--	-----------------

COBERTURAS:

Muerto:	<input type="checkbox"/>	Incap. Total y/o Parcial Permanente:	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	Incapacidad Temporaria:	<input type="checkbox"/>

ACCIDENTADO:

Apellido y nombres:	Fecha ingreso al seguro:/...../.....
Fecha Nac.:/...../.....
DNI / LE / LC - N°	Cédula Ident. N°
Expedida por:
Domicilio: Calle	N°
Localidad:
Cód. Postal:	Pcia.:
Teléfono:	E-Mail:
DATOS DEL ACCIDENTE:	
Fecha:/...../.....	Hora:
Lugar:
¿Se instruyó sumario policial? En caso afirmativo, ¿dónde?	
Forma en que ocurrió:	

CONSECUENCIAS:

¿Se produjo una invalidez permanente? ¿Cuál?
.....
¿Se produjo una invalidez temporaria? ¿Cuál?
.....

.....	Firma del Contratante	Firma del Asegurado
¿Se produjo el deceso?	Fecha:/...../.....	Hora:

BENEFICIARIOS:

Apellido y Nombres	parentesco	tipo	N° de Documento	F. Nacimiento

DOMICILIO DE LOS BENEFICIARIOS:

Calle Nro. - C.P. - Localidad - Pcia.	N° Teléfono	Firma

FORMA DE PAGO: (?) Marcar lo que corresponda

<input type="checkbox"/>	Cheque para enviar a Delegación
<input type="checkbox"/>	Cheque a retener en Provincia Seguros S.A.
<input type="checkbox"/>	Transferir a: Sucursal N°
<input type="checkbox"/>	Acreditar en: Cta. Cte. N°/..... C. A. N°/..... Radicada en Sucursal N°

Nota: Cuando se trate de reclamos por incapacidades se deberá adjuntar el diagnóstico del médico interviniente y denuncia policial. Si posee cobertura de asistencia médico-farmacéutica deberá remitir:
1) Para prestaciones médicas, consultas y prácticas: a) Recibo oficial de pago que cumpla con las exigencias de la D.G.I., emitido por el prestador, conteniendo el nombre del profesional y los datos del asegurado. b) Orden médica por pedido de estudios y diagnóstico.
2) Para medicamentos: a) Factura o tickê oficial de pago, b) Prescripción médica, c) Troqueles correspondientes a cada medicamento.
 En caso de fallecimiento, adjuntar el certificado de defunción, denuncia policial y toda documentación inherente al accidente.

Lugar y fecha de de 20.....