



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN JUAN

SOYS
Secretaría
de Obras
y Servicios

**INSTRUCTIVO DE DENUNCIA
DE ACCIDENTES**

I - HySL - 01

Revisión N° 00

Pág. 1 de 15

**“INSTRUCTIVO DE DENUNCIA
DE SEGURO DE ACCIDENTES
PERSONALES”**

AÑO 2022

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN JUAN SOYS Secretaría de Obras y Servicios	INSTRUCTIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES	I - HySL - 01 Revisión N° 00 Pág. 2 de 15
---	--	--

REVISIONES			
N°	Descripción de los cambios	Autor	Fecha
0	Versión original	Lic. Mauro E. Strambach	24/11/2021

DOCUMENTOS DE REFERENCIA	
Código	Título del documento
Póliza N° 985884	Seguro Integral de Accidentes
Póliza N° 19077	Responsabilidad Civil



Quedan incluidos en el Seguro de Accidentes Personales:

- a- Estudiantes de los Institutos Preuniversitarios (Colegios Secundarios).
- b- Estudiantes de las cinco Facultades.
- c- Estudiantes de la Escuela de Música.
- d- Alumnos preuniversitarios y los correspondientes a la carrera de grado de la Escuela de Música, ambos pertenecientes a la Facultad de Filosofía, Humanidades y Artes.
- e- Estudiantes de Post-Grado.
- f- Adscriptos de la UNSJ.
- g- Aspirantes a los cursos de ingreso de: Facultades y/o Institutos Preuniversitarios.
- h- Alumnos de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud.
- i- Alumnos de las Carreras Universitarias ubicadas en los distintos Valles y/o Departamentos de la Provincia (Jáchal, Pocito, Valle Fértil, Iglesia, etc.).
- j- Alumnos con capacidades especiales de toda la UNSJ.

¡IMPORTANTE!

Los responsables o representantes de las distintas Unidades Académicas, Secretarías y Rectorado, deberá informar y actualizar la nómina de los asegurados a la Compañía de Nación Seguro mientras dure el convenio y el contrato.



Las denuncias de siniestros pueden ser realizadas de manera digital, al igual que el aporte de documentación adicional. A tal efecto, a continuación se detalla las direcciones de correo electrónico según el caso:



➤ **Denuncias de siniestros:**

backoffice@nacion-seguros.com.ar

➤ **Envío de documentación adicional por siniestros en trámite:**

siniestrosvida@nacion-seguros.com.ar



Con relación a la documentación para gestionar el siniestro, deberán remitir la detallada a continuación, y en el caso de resultar necesaria documentación adicional, la misma será solicitada mediante correo electrónico que deberá ser indicado en cada denuncia de siniestro. Adicionalmente a lo mencionado, se adjuntan los formularios requeridos, que también se pueden obtener a través de nuestra página institucional, en la sección de siniestros vida:

www.nacion-seguros.com.ar





A) REINTEGRO POR GASTOS MÉDICO-FARMACÉUTICOS:

1. Formulario de "DENUNCIA DE SINIESTRO SEGUROS DE PERSONAS"
ANEXO II.
2. Formulario de "ASISTENCIA MÉDICA Y FARMACÉUTICA" ANEXO III.
3. Constancia de alumno regular y/o certificado de escolaridad, acompañada de nota expedida por autoridad escolar, detallando las circunstancias en las cuales ocurrió el accidente denunciado.
4. Copia del DNI (frente y dorso) del alumno/a.
5. Copia de la partida de nacimiento del alumno/a.
6. Copia del DNI (frente y dorso) correspondiente al padre/madre/tutor del alumno/a.
7. Copia de las prescripciones médicas indicadas.
8. Facturas / tickets de los gastos médicos-farmacéuticos.
9. Copia de DNI de la persona que incurrió en el/los gasto/s.
10. Constancia de la CBU expedida por el Banco, correspondiente a la persona que incurrió en el/los gasto/s.
11. Nota de aceptación de depósito bancario Formulario ANEXO IV debidamente cumplimentado por la persona que incurrió en el/los gasto/s.



**B) POR INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE DEL
ACCIDENTADO:**

- 1- Formulario de "Denuncia de siniestro seguros de Personas" ANEXO I.
- 2- Formulario "Invalidez Total/Permanente por Accidente" ANEXO V.
- 3- Copia de la historia clínica y estudios médicos efectuados.
- 4- En caso de existir, copia de las actuaciones policiales.
- 5- Constancia de alumno regular y/o certificado de escolaridad, acompañada de nota expedida por autoridad escolar, detallando las circunstancias en las cuales ocurrió el accidente denunciado.
- 6- Copia del DNI (frente y dorso) del alumno/a.
- 7- Copia de la partida de nacimiento del alumno/a.
- 8- Copia del DNI (frente y dorso) de los padres del alumno/a.
- 9- Copia de DNI de la persona que incurrió en el/los gasto/s.
- 10- Constancia de la CBU expedida por el Banco, correspondiente al padre/madre/tutor.
- 11- Nota de aceptación de depósito bancario Formulario ANEXO IV debidamente cumplimentado por el padre/madre/tutor.



ANEXO I
OBSERVACIONES GENERALES

- ✓ Los formularios de denuncia deben ser cumplimentados con todos los datos particulares del fallecido y del/ los beneficiarios/s o denunciante. Registrando claramente póliza/s, cobertura/s denunciada/s y datos de contacto, un correo electrónico, que podrá ser del asegurado o de una persona de su confianza.
- ✓ Nación Seguros S.A. procederá al pago de todo importe relacionado con el siniestro denunciado, mediante transferencia bancaria a la cuenta que se declare como perteneciente al padre/madre/tutor.
- ✓ De intervenir en la gestión del siniestro algún representante legal, deberán remitir copia del poder certificada con sellos en original por escribano público, adjuntando talón de folio notarial, y copia de la 1º y 2º hoja del DNI del apoderado.
- ✓ En caso de que el/los beneficiarios/s sean menor de edad, presentar constancia de quien o quienes ejercen la patria potestad del mismo:
“Partida de nacimiento certificada o curatela/tutela con la aceptación del cargo, certificada con sellos en original por Juzgado interviniente”.
- ✓ La compañía de seguros tiene el derecho de solicitar información adicional, si fuera necesario, así como también nombrar a médicos examinadores o verificadores de siniestros.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN JUAN

SOYS
Secretaría
de Obras
y Servicios

INSTRUCTIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES

I - HySL - 01

Revisión N° 00

Pág. 8 de 15

ANEXO II

FORMULARIO "DENUNCIA DE SINIESTRO SEGUROS DE PERSONAS" COM-100.



Nación Seguros

Denuncia de Siniestro
Seguros de Personas

Póliza N°: Fecha de Denuncia: Fecha del Siniestro:

Lea cuidadosamente la información solicitada y responda TODAS las preguntas, con la mayor claridad y amplitud posible. De faltar alguna respuesta, provocará la demora del trámite. (!) Verificar en las condiciones de la póliza, si se ha contratado el hecho que se denuncia. Para que la póliza este vigente, no deberá registrar deuda.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: Sexo: ☐ M ☐ F

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. (!) Adjuntar copia

Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☐ CUIT ☐ CDI Nro. Nacionalidad:

Domicilio: Estado Civil:

Localidad: Provincia: CP:

Teléfono Particular: () E-mail:

Ocupación que tenía en la fecha que solicitó el Seguro:

Si la hubiera cambiado, Nueva ocupación: ¿Desde Cuándo?

Tomar los datos de la partida de Nacimiento u otro documento fehaciente.

Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:

Se debe adjuntar testimonio de la Partida de Nacimiento u otro documento fehaciente, si la edad del Asegurado no hubiera sido probada con anterioridad ante la Compañía.

¿El asegurado tiene pólizas de vida contratadas en otras Compañías? ☐ Sí ☐ No

¿En cuál? Suma asegurada: ☐ \$ ☐ U\$S

Siniestro que se denuncia

Completar, de corresponder, el formulario conforme al siniestro denunciado según su codificación.

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro

☐ FALLECIMIENTO Causa: Completar y adjuntar el formulario COM-101

☐ INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD Completar y adjuntar el formulario COM-106

☐ INVALIDEZ TOTAL / PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE Completar y adjuntar el formulario COM-106

☐ GASTOS DE SEPELIO Adjuntar Factura del Gasto y completar Forma de Cobro

☐ ENFERMEDAD CRÍTICA Y TRASPLANTE Completar y adjuntar el formulario COM-109

☐ ALTA COMPLEJIDAD MÉDICA Completar y adjuntar el formulario COM-109

Datos del Denunciante

Apellido y Nombres: Sexo: ☐ M ☐ F

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. (!) Adjuntar copia Fecha de Nacimiento:

Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☐ CUIT ☐ CDI Nro. Nacionalidad:

Domicilio: Estado Civil:

Localidad: Provincia: CP:

Teléfono Particular - Completar en forma obligatoria, a fin de agilizar la tramitación de la Denuncia de Siniestro. ()

Email:

Actividad/Ocupación: Vínculo con el Asegurado:

¿Conocía Ud. la existencia del Seguro? ☐ Sí ☐ No ¿Desde cuándo?

¿Es beneficiario del seguro? ☐ Sí ☐ No ¿Desde cuándo?

¿Acompaña documentación de la designación? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál? Form. de designación de la Compañía. ☐ Otros

Observaciones

Lugar y Fecha:

Firma y Aclaración del Denunciante



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN JUAN

SOYS
Secretaría
de Obras
y Servicios

INSTRUCTIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES

I - HySL - 01
Revisión N° 00
Pág. 9 de 15

Denuncia de Siniestro Seguros de Personas

Datos para el cobro

Póliza N°

BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra: ☐ Titular del interés asegurado ☐ Beneficiario designado/Apoderado ☐ Heredero legal

☐ Cesionario de los derechos de la póliza:

Apellido y Nombres: _____ Vínculo con el Asegurado: _____

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ (!) Adjuntar copia

Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☐ CUIT ☐ CDI Nro. _____ Teléfono: (_____) _____

Motivo de la Cesión: _____ E-Mail: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

FORMA DE COBRO (1) ☐ Acreditación por CBU

Banco: ☐ BNA ☐ Otro: _____ Tipo de cuenta: ☐ Caja de Ahorros ☐ Cuenta Corriente N°: _____

CBU N°: _____ Sucursal: _____ Código: _____

BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra: ☐ Titular del interés asegurado ☐ Beneficiario designado/Apoderado ☐ Heredero legal

☐ Cesionario de los derechos de la póliza:

Apellido y Nombres: _____ Vínculo con el Asegurado: _____

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ (!) Adjuntar copia

Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☐ CUIT ☐ CDI Nro. _____ Teléfono: (_____) _____

Motivo de la Cesión: _____ E-Mail: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

FORMA DE COBRO (1) ☐ Acreditación por CBU

Banco: ☐ BNA ☐ Otro: _____ Tipo de cuenta: ☐ Caja de Ahorros ☐ Cuenta Corriente N°: _____

CBU N°: _____ Sucursal: _____ Código: _____

BENEFICIARIO / Calidad bajo la cual cobra: ☐ Titular del interés asegurado ☐ Beneficiario designado/Apoderado ☐ Heredero legal

☐ Cesionario de los derechos de la póliza:

Apellido y Nombres: _____ Vínculo con el Asegurado: _____

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ (!) Adjuntar copia

Identificación Tributaria: ☐ CUIL ☐ CUIT ☐ CDI Nro. _____ Teléfono: (_____) _____

Motivo de la Cesión: _____ E-Mail: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

FORMA DE COBRO (1) ☐ Acreditación por CBU

Banco: ☐ BNA ☐ Otro: _____ Tipo de cuenta: ☐ Caja de Ahorros ☐ Cuenta Corriente N°: _____

CBU N°: _____ Sucursal: _____ Código: _____

Declaración jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

Quien suscribe _____ declara bajo juramento que los datos consignados en el presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI ☐ NO ☐ (Tildar lo que corresponda) se encuentra y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Funciones de personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera.

En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____

Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta(30) días de ocurrida mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

(1) Autorizo a Nación Seguros S.A. a acreditar en mi cuenta bancaria el importe determinado por esa Aseguradora, que me corresponde en mi carácter de beneficiario, en concepto de Indemnización total y definitiva según la aplicación de las Condiciones de Póliza. Exonerando a la Compañía de toda responsabilidad ulterior, no teniendo nada más que reclamar por ningún otro concepto, sirviendo tal acreditación en cuenta de suficiente recibo cancelatorio.

Acepto que las notificaciones que fueran necesarias efectuarme por parte de Nación Seguros S.A. en cumplimiento de las previsiones del art. N° 46 inc. 2 de la Ley de Seguros N° 17.418, sean dirigidas al correo electrónico que denuncio en el presente. El mismo tendrá efecto de domicilio constituido a los efectos administrativos de la tramitación del expediente de denuncia de siniestro. La constancia de emisión y recepción de dicho correo que emita el sistema informático tendrá con relación a la aseguradora, efecto suspensivo de los plazos previstos por los arts. 51 y concordantes de la ley de Seguros N° 17.418."

En caso de no poseer cuenta bancaria, al momento del pago la Compañía se contactará con ud.

DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley N° 25.246 y normas complementarias en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto en la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo N° 21 inciso c) de la Ley N° 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución N° 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

Conforme lo establecido en el Artículo N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Denunciante

Firma y Aclaración Beneficiario

Firma y Aclaración Beneficiario

Firma y Aclaración Beneficiario



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN JUAN

SOYS
Secretaría
de Obras
y Servicios

INSTRUCTIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES

I - HySL - 01

Revisión N° 00

Pág. 10 de 15

ANEXO III

FORMULARIO "ASISTENCIA MÉDICA Y FARMACÉUTICA" COM-043.



Nación Seguros

Denuncia de Siniestro Asistencia Médica y Farmacéutica por Accidente

Póliza Nro. _____

Datos del Contratante

Establecimiento o Razón Social: _____

Domicilio real: _____ CP: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ Teléfono: (_____) _____

E-mail: _____

Datos del Accidente

Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Detalle de lo sucedido: (Detalle de la tarea que estaba realizando al momento de ocurrir el accidente) _____

DETALLE DE LA LESIÓN

Parte del cuerpo lesionada: _____ Tipo de lesión ☐ Definitiva ☐ Recuperable

Descripción de la lesión: _____

Datos del Asegurado

Apellidos y Nombres: _____ Sexo: _____

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ ¡(Adjuntar copia) Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio real: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ CP: _____

Teléfono: (_____) _____ E-mail: _____

EN CASO DE PERTENECER A UN ESTABLECIMIENTO ESCOLAR, INDICAR:

Condición del Alumno: _____ Grado _____ División _____ Turno _____ Período Escolar: _____

Escuela N° _____ Distrito Escolar _____ Autoridad escolar certificante: _____

Firma y aclaración del Asegurado

Firma y aclaración del Contratante



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN JUAN

SOYS
Secretaría
de Obras
y Servicios

INSTRUCTIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES

I - HySL - 01

Revisión Nº 00

Pág. 11 de 15

Denuncia de Siniestro - Asistencia Médica y Farmacéutica por Accidente

Póliza Nro. _____

Beneficiarios del Seguro

Carácter del Beneficiario: ☐ Asegurado ☐ Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Contratante

Apellidos y Nombres : _____ Sexo: _____

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. _____ ¡(Adjuntar copia) Fecha de Nacimiento: _____

Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Domicilio real: _____

Provincia: _____ Localidad: _____ CP: _____

Teléfono: (_____) _____ E-mail: _____

importe Reclamado: _____

De mi mayor consideración:

Autorizo a Nación Seguros S.A. a acreditar en mi cuenta bancaria el importe determinado por esa aseguradora que me corresponde en mi carácter de beneficiario, en concepto de indemnización total y definitiva según la aplicación de las Condiciones de póliza. La acreditación de la suma liquidada en la cuenta denunciada servirá de suficiente recibo cancelatorio del importe depositado, no teniendo nada más que reclamar por ningún otro concepto.

DATOS DE LA CUENTA

Banco: _____ Sucursal: _____

Tipo de cuenta: ☐ Caja de Ahorro \$ ☐ Cuenta Corriente \$ ☐ Caja de Ahorro U\$S ☐ Cuenta Corriente U\$S

Nº de cuenta: _____ CBU Nº (22 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(!) La cuenta debe estar a nombre del beneficiario.

Adjuntar resumen de extracto bancario, impresión de internet o ticket de cajero automático donde figure el CBU y el titular de la cuenta. Dicho medio de pago no implicará exclusión de otros medios de pago que a criterio de Nación Seguros S.A., resulten adecuados.

Requisitos Generales a Presentar

Nación Seguros S.A. podrá solicitar documentación adicional, conforme la facultad conferida por el Art. 46 2º párrafo de la Ley de Seguros Nº 17.418, motivo por el cual quedará interrumpido el plazo para que se expida la aseguradora.

☐ Fotocopia del DNI del asegurado y beneficiarios ☐ Fotocopia de las actuaciones policiales (en caso de haberse labrado) ☐ Facturas originales de los gastos realizados ☐ Fotocopia de la Historia Clínica completa y estudios respecto a lesiones sufridas ☐ Fotocopia de las prescripciones médicas/recetas

EN CASO DE PERTENECER A UN ESTABLECIMIENTO ESCOLAR, ADJUNTAR:

☐ Acta Escolar - Copia Certificada ☐ Certificado de Escolaridad - Original ☐ 1º y 2º hoja del DNI de la persona que reclama el reintegro - Copia Simple ☐ Acta de Nacimiento del Alumno - Copia Certificada

EN CASO DE PERTENECER A UNA EMPRESA/COOPERATIVA/MUTUAL, ADJUNTAR:

☐ Último recibo de sueldo y certificado de trabajo

Importante: Presente los comprobantes de pago pertinentes, con fecha de emisión e importes parciales y totales, acompañados siempre por la receta suscripta por el profesional médico interviniente, e incorpore a la misma una descripción o detalle del gasto. Las facturas deben ser extendidas a nombre y apellido del beneficiario y firmadas por éste. Toda documentación presentada debe ser visada y sellada por la autoridad escolar certificante / contratante, condición necesaria e indispensable para iniciar los trámites inherentes a esta cobertura así como cualquier reclamo posterior que hubiere.

Conforme lo establecido en el Art. Nº 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma y aclaración del Asegurado

Firma y aclaración del Contratante



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN JUAN

SOYS
Secretaría
de Obras
y Servicios

INSTRUCTIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES

I - HySL - 01

Revisión Nº 00

Pág. 12 de 15

ANEXO IV

FORMULARIO "ACEPTACIÓN DE DEPÓSITO BANCARIO" COM-075.



Nación Seguros

Nota de Aceptación de Depósito Bancario

DATOS DEL SINIESTRO

Siniestro Nº		Póliza Nº	
Asegurado		DNI Nº	

De mi mayor consideración:

Autorizo a Nación Seguros S.A. a acreditar en mi cuenta bancaria el importe determinado por esa aseguradora que me corresponde en mi carácter de beneficiario, en concepto de indemnización total y definitiva según la aplicación de las Condiciones de póliza. La acreditación de la suma liquidada en la cuenta denunciada servirá de suficiente recibo cancelatorio del importe depositado, no teniendo nada más que reclamar por ningún otro concepto.

DATOS DE LA CUENTA

Banco: Sucursal:

Tipo de cuenta: ☐ Caja de Ahorro \$ ☐ Cuenta Corriente \$ ☐ Caja de Ahorro US\$ ☐ Cuenta Corriente US\$

Nº de cuenta: CBU Nº (22 dígitos):

(!) La cuenta debe estar a nombre del beneficiario.

Adjuntar resumen de extracto bancario, impresión de internet o ticket de cajero automático donde figure el CBU y el titular de la cuenta. Dicho medio de pago no implicará exclusión de otros medios de pago que a criterio de Nación Seguros S.A., resulten adecuados.

DECLARO BAJO JURAMENTO que tengo conocimiento de la Ley Nº 25.246 y normas complementarias, en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero. A los efectos de cumplir las disposiciones vigentes en materia de Control y Prevención del Lavado de Dinero, y de conformidad con lo previsto por la Resolución Nº 202/2015 de la Unidad de Información Financiera, se deja constancia que al momento en que la Aseguradora deba efectuar algún pago en virtud de la póliza que se solicita y/o ante cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación, la Compañía exigirá, en su caso, al Tomador, Beneficiario y/o Cesionario de la póliza la información establecida en la citada normativa y la documentación respaldatoria correspondiente. Se deja constancia que la información que se requiera a los fines de la normativa citada, no se considera incumplimiento de lo dispuesto en el artículo Nº 21, inciso c) de la Ley Nº 25.246. Se encuentra a disposición del cliente en las oficinas de la Compañía el texto completo de la Resolución Nº 202/2015 de la Unidad de Información Financiera; puede consultarse también en el sitio www.uif.gov.ar.

Conforme lo establecido en el Art. Nº 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha:

Firma y aclaración

DNI:

CUIL Nº:

Domicilio:

Teléfono:

E-mail:



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN JUAN

SOYS
Secretaría
de Obras
y Servicios

INSTRUCTIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES

I - HySL - 01

Revisión N° 00

Pág. 13 de 15

ANEXO V

FORMULARIO "INVALIDEZ TOTAL/PERMANENTE POR ACCIDENTE" COM-106.



Nación Seguros

Denuncia de Siniestro Seguros de Personas
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
Invalidez Total/Parcial y Permanente por Accidente

Nombre y apellido: Documento: Póliza N°:

Esta declaración debe ser completada de PUÑO Y LETRA por el Médico Asistente. Se deben contestar todos los campos de datos solicitados en LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible.

Declaración del Médico Asistente

Apellido y Nombres:

Documento: ☐ DNI ☐ LC ☐ LE ☐ Pasaporte Nro. E-mail:

Domicilio:

Localidad: Provincia: CP:

Especialidad: Matrícula:

Teléfono del consultorio: () Teléfono celular: ()

¿Cuáles fueron las principales razones por las cuales Ud. lo atendió y que enfermedades detectó? Indicar fechas y diagnósticos.

¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado?

¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (Indique la fecha)

¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad?

Antecedentes Médicos

¿Adjunta Historia Clínica? ☐ Sí ☐ No

¿En poder de quién se encuentra?

Razón Social:

Domicilio: Localidad:

Provincia: Código Postal: Teléfono: ()

Observaciones Adicionales:

Lugar y Fecha:

Firma y Aclaración del Médico



INSTRUCTIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES

I - HySL - 01

Revisión N° 00

Pág. 14 de 15

Denuncia de Siniestro Seguros de Personas Invalidez Total y Permanente por Enfermedad Invalidez Total/Parcial y Permanente por Accidente

Nombre y apellido: Documento: Póliza N°:

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

Fecha/s de inicio de la/s enfermedad/es que origina/ron la incapacidad: _____

Indique que patología tiene la mayor Jerarquía Invalidante: _____

Indique que porcentaje de invalidez (Baremo de uso: Ley N°24.241-Decreto N°478/98) _____

Enumere los signos positivos (semiología clínica o psiquiátrica) en que sustenta su Diagnóstico y la ponderación de la incapacidad:

Enumere los estudios complementarios efectuados y los resultados en que respalda sus conclusiones (adjuntar copias):

Desde que fecha aproximadamente presenta dicho grado de invalidez: _____

Patologías Asociadas	Porcentaje de Invalidez (Baremo de uso: Ley 24.241-Decreto 478/98)	Fecha de consolidación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Se agotaron los recursos terapéuticos en las patologías que presenta el afiliado? ☐ Sí ☐ No

Según su opinión, ¿qué tratamientos faltaron efectuar? _____

Según su opinión, ¿Cuál es el pronóstico luego de la implementación de los mismos? _____

Indique si influyó en la enfermedad o accidente, directa o indirectamente.

☐ el abuso de drogas, alcohol o psicofármacos ☐ el desempeño de su actividad laboral ☐ la práctica de algún deporte ☐ autoagresión

Explique: _____

La sumatoria de incapacidades (método de la capacidad restante), en la actualidad, según su opinión constituyen:

☐ Incapacidad total y permanente: _____ % ☐ Incapacidad parcial y permanente: _____ %

☐ Incapacidad total y provisoria: _____ % ☐ Incapacidad parcial y provisoria: _____ %

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Médico



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE SAN JUAN

SOYS
Secretaría
de Obras
y Servicios

INSTRUCTIVO DE DENUNCIA DE ACCIDENTES

I - HySL - 01

Revisión N° 00

Pág. 15 de 15

Denuncia de Siniestro Seguros de Personas Invalidez Total y Permanente por Enfermedad Invalidez Total/Parcial y Permanente por Accidente

Nombre y apellido: Documento: Póliza N°:

Invalidez Total/Parcial y Permanente por Accidente

Fecha del accidente: Tipo: ☐ De tránsito ☐ Laboral ☐ Doméstico

Describa el mecanismo de producción:

¿El accidente fue ajeno a la voluntad del Asegurado? ☐ Sí ☐ No

¿Requirió internación? ☐ Sí ☐ No Fecha de ingreso: Fecha de egreso:

¿En que institución?

Enumere las lesiones sufridas:

Dichas lesiones ¿fueron consecuencia directa del accidente? ☐ Sí ☐ No Explique:

Enumere los estudios efectuados:

Enumere los tratamientos instituidos:

¿Concluyó los mismos? ☐ Sí ☐ No ¿Debe continuarlos? ☐ Sí ☐ No ¿En que fecha?

¿Cuáles?

¿Se dió de alta? ☐ Sí ☐ No Curó: ☐ Sin secuelas ☐ Con secuelas ¿Cuáles?

¿Sufrió amputaciones o pérdidas orgánicas? ☐ Sí ☐ No ¿Cuáles?

¿Qué porcentaje de invalidez corresponde a las secuelas? (Baremo de uso: Ley 24.241-Decreto 478/98)

Indique si influyó en la enfermedad o accidente, directa o indirectamente.

☐ el abuso de drogas, alcohol o psicofármacos ☐ el desempeño de su actividad laboral ☐ la práctica de algún deporte ☐ autoagresión

Explique:

Conforme lo establecido en el Art. N° 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha:

Firma y Aclaración del Médico