

DATOS DEL TOMADOR

Apellido y Nombre: Nro. Cliente:

Domicilio:

Nro. Póliza: Vigencia desde: Vigencia hasta:

Riesgo amparado:

DATOS DEL ASEGURADO ACCIDENTADO

Apellido y Nombre: Edad:

Domicilio: Localidad:

Tipo y número de Doc.: Nacionalidad:

Actividad:

Estado civil: Es zurdo o diestro:

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del accidente:/...../..... Hora: Lugar de ocurrencia:

Relatar cómo ocurrió el accidente:

..... Describir lesiones sufridas:

Tareas que realizaba el accidentado al momento del accidente:

Fecha de abandono del trabajo:/...../..... Tarea hab. del accidentado:

Nombre del médico o establecimiento que prestó los primeros auxilios:

Nombre del médico que atiende actualmente al accidentado:

Se presta asistencia médica en: (consultorio, sanatorio, hospital, etc.):

OBSERVACIONES

Se instruyó sumario policial o penal?:

Indicar Secretaría y Juez interviniente:

Ha sufrido el accidentado otros siniestros antes del actual?:

Beneficiarios:

Lugar y fecha:

Documentación: La presente denuncia, debe ser presentada en la casa central o las respectivas sucursales dentro de las 72 horas de ocurrido el siniestro, teniendo en cuenta que la misma debe estar completa en todos sus espacios - **sin excepción**-. Es importante describir cómo ocurrió el accidente en forma detallada.-

Dentro de los 10 días de ocurrido el siniestro, se deberá presentar el certificado médico y demás documentación médica (historia clínica, protocolo operatorio, etc.)

Firma, Aclaración y DNI
del Tomador y/o Beneficiario

Firma, Aclaración y DNI
del Asegurado