



Solicitud denuncia de siniestro

Datos del Asegurado / Tomador				
Asegurado Personal <input type="checkbox"/>		Tomador <input type="checkbox"/>		
Apellido y Nombres completos / Razón Social				
C.U.I.T./C.U.I.L.		Tipo y N° Documento		
Actividad/Ocupación			Código Asegurado	
Domicilio Particular		N°	Piso	Dpto. Tel.
Localidad		Provincia		CPA
Horario habitual de trabajo <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo Desde hs. - Hasta hs.				
Datos sobre el accidentado				
Apellido y Nombres		Tipo y N° Documento		
Domicilio Laboral		N°	Piso	Dpto. Tel.
Localidad		Provincia		CPA
Domicilio Particular		N°	Piso	Dpto. Tel.
Localidad		Provincia		CPA
Ocupación				
Horario habitual de trabajo <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rotativo Desde hs. - Hasta hs.				
Medio de transporte que utiliza para movilizarse a su trabajo				
Datos sobre el accidente				
Lugar de ocurrencia En el trabajo <input type="checkbox"/> En otro centro o lugar de trabajo <input type="checkbox"/> Al ir o volver del trabajo (In itinere) <input type="checkbox"/>				
Desplazamiento en día laboral <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="checkbox"/>				
Domicilio de ocurrencia		N°	Piso	Dpto. Tel.
Localidad		Provincia		CPA
Tarea desarrollada al momento del accidente				
Fecha de ocurrencia del accidente			Hora del accidente	
Descripción del accidente (indicar consecuencias del mismo)				
Diagnóstico				
Prestador médico				
Razón Social				
Domicilio			Tel.	
Localidad		Provincia		CPA
Lugar y Fecha				

¿Cómo actuar en caso de accidente?

- A) Efectue la denuncia del siniestro en La Holando Sudamericana Compañía de Seguros SA, llamando inmediatamente al 0800-222-PLENUS(753687).
B) Traslade al accidentado al Prestador Médico adherido a la red de La Holando más próximo al lugar del accidente, presentando en el mismo 3 ejemplares del presente formulario (La Holando / Prestador / Tomador)
C) El presente formulario deberá ser presentado a la Aseguradora dentro de las 72 hs. de producido el accidente o anticipar el mismo por fax al 0800-222-PLENUS(753687).

Firma y Aclaración del solicitante

El denunciante declara expresamente conocer las condiciones de póliza.