

DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO ACCIDENTES PERSONALES



NUMERO DE POLIZA	CERTIFICADO	NUMERO DE SINIESTRO

DATOS DEL TOMADOR	
APELLIDO Y NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:	
NUMERO DE DOCUMENTO / C.U.I.T.:	
DOMICILIO	TELÉFONO:

DATOS DEL ASEGURADO	
APELLIDO Y NOMBRE:	
NUMERO DE DOCUMENTO:	
DOMICILIO:	CIUDAD:
TAREA QUE REALIZA:	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO:

FORMA DE PAGO	
N° DE CUENTA:	BANCO:
N° C.B.U:	

DATOS DEL ACCIDENTE			
FECHA DE OCURRENCIA:		HORA:	
LUGAR DONDE SE PRODUJO:			
LOCALIDAD:	C.P.:	PROVINCIA:	PAIS:
DESCRIPCIÓN DEL HECHO:			
NOMBRE DEL PRESTADOR:			

OTROS DATOS	
I. TESTIGOS	
APELLIDO Y NOMBRE:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRE:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRE:	DOMICILIO:
II. ¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL?	
¿A QUÉ AUTORIDAD FUE ELEVADO?	
¿HA SUFRIDO ANTES OTROS A ACCIDENTES ¿ ¿CUÁLES Y CUANDO?	

PARA EL CASO DE MUERTE ACCIDENTAL	
¿FUE DURANTE EL HORARIO DE TRABAJO?	
¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL?	

El presente formulario debe ser enviado a la compañía dentro de las 72 horas de producido el accidente. Para poder dar curso es condición responder a todas las preguntas en forma completa, detallada y precisa, sin dejar ninguna pendiente de respuesta y acompañar –indefectiblemente- fotocopia de: **Documento Nacional de Identidad y oportunamente certificado de Alta Médica.**
El denunciante declara expresamente conocer el Nomeclador, Valores Modulados, Requisitos, Reglamentación General y Cláusulas Adicionales Contratadas.-

FIRMA DEL ACCIDENTADO

LUGAR Y FECHA

ACLARACIÓN DE LA FIRMA

FIRMA DEL BENEFICIARIO

DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE

AGENTE CAUSANTE DEL ACCIDENTE:															
FORMA EN QUE EL ACCIDENTADO REFIERE HABER SUFRIDO EL ACCIDENTE:															
SINTOMATOLOGÍA QUE REFIERE A CAUSA DEL ACCIDENTE:															
LESIONES IMPUTABLES AL ACCIDENTE:															
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:															
LESIONES ORGÁNICAS, ALTERACIONES FUNCIONALES O AFECCIONES ANTERIORES Y/O AJENAS AL ACCIDENTE:															
LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:															
CURACIÓN PRACTICADA / TRATAMIENTO PRESCRIPTO:															
¿EL LESIONADO DEBERÁ GUARDAR CAMA?			SI		NO		CANTIDAD DE DÍAS:								
¿DEBE INTERNARSE?			SI		NO		CANTIDAD DE DÍAS:								
CONSECUENCIAS QUE HA TENIDO O PUEDE TENER A RAÍZ DEL ACCIDENTE:															
MUERTE:		SI		NO		INCAPACIDAD:		SI		TOTAL		PARCIAL		NO	
DURANTE EL TRATAMIENTO ¿PUEDE SEGUIR TRABAJANDO?							SI		NO						
DÍAS DE CURACIÓN:						DÍAS QUE DEBERÁ FALTAR AL TRABAJO:									
EXPEDIDO EN:						EL DÍA:									

SELLO DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO