

Denuncia de accidente

Datos del accidentado

Apellido y nombre del titular de la póliza	Doc. de Identidad
--	-------------------

Domicilio

Localidad	Provincia	Código Postal	Teléfono
-----------	-----------	---------------	----------

Actividad habitual

CBU DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	NÚMERO DE CUIL /CUIT.
------------------------------	-----------------------

Descripción del evento

Fecha del evento	Horario de inicio de la jornada	Hora del siniestro	Actividad
------------------	---------------------------------	--------------------	-----------

Lugar donde ocurrió el accidente

Circunstancias en que se produjo

Tareas que efectuaba el accidentado en aquel momento

Fecha en que abandonó el trabajo: día	mes	año	hora
---------------------------------------	-----	-----	------

¿Cuál era su tarea habitual?

Lesión sufrida (llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, etc.)

Describir

Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios

Domicilio

Teléfono

Nombre del médico con el que se atiende actualmente

Domicilio

Teléfono

(Continúa al dorso)

IMPORTANTE: De acuerdo con lo establecido en la Cláusula 18 de las Condiciones Generales de póliza, esta denuncia debe ser elevada a la Compañía dentro de los 3 días de conocer el hecho.

¿Se instruyó sumario policial?

¿A qué autoridad fue elevado?

¿Ha sufrido antes otros accidentes?
Fechas

Lugar y fecha en que se hace esta denuncia

Autoridad ante quien se efectúa

Lugar y fecha

Firma del Contratante

Firma del Accidentado
