



**DENUNCIA DE SINIESTRO
RAMO ACCIDENTES PERSONALES**



| | | | |
|----------------------------|-------------|--|--|
| POLIZA | CERTIFICADO | | |
| NRO. DE SINIESTRO | | | |
| SELO DE ENTRADA U. DE NEG. | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-----------------------------------|----|----|-----------|------|--|----------------------------------|--|------|----------|------|--|
| TOMADOR | APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL | | | | | | | | | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO O CUIT | | | | | | NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT | | | | | |
| | DNI | LE | LC | CI | CUIT | | | | | | | |
| | CALLE | | | | | | NRO. | | PISO | | DTO. | |
| | COD. POSTAL | | | LOCALIDAD | | | PROVINCIA | | | TELEFONO | | |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------|----|----|-----------|--|--|------------------------------------|--|------|----------|------|--|---------------------|--|
| ASEGURADO | APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | | | | | | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO | | | | | | NRO. DE DOCUMENTO | | | | | | FECHA DE NACIMIENTO | |
| | DNI | LE | LC | CI | | | | | | | | | | |
| | CALLE | | | | | | NRO. | | PISO | | DTO. | | | |
| | COD. POSTAL | | | LOCALIDAD | | | PROVINCIA | | | TELEFONO | | | | |
| | TAREA QUE REALIZA | | | | | | ANTIGUEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|
| FORMA DE PAGO | NUMERO DE CUENTA | | | | | | BANCO | | | | | |
| | NUMERO DE CBU | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|-----------|--|--|-----------|--|--|----------|--|--|
| DATOS DEL ACCIDENTE | FECHA DE OCURRENCIA | | | | | | HORA | | | | | |
| | LUGAR DONDE SE PRODUJO | | | | | | | | | | | |
| | COD. POSTAL | | | LOCALIDAD | | | PROVINCIA | | | TELEFONO | | |
| | DESCRIPCION DEL HECHO | | | | | | | | | | | |
| | APELLIDO Y NOMBRES O RAZON SOCIAL DEL PRESTADOR | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|
| OTROS DATOS | 1) TESTIGOS | | | | | | | | | | | |
| | APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | DOMICILIO | | | | | |
| | APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | DOMICILIO | | | | | |
| | APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | DOMICILIO | | | | | |
| | 2) ¿SE INSTRUYO ACTA POLICIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | | | |
| ¿HA SUFRIDO ANTES OTROS ACCIDENTES? ¿CUALES? | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| EN 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 Nomenclador, Valores Modulados, Requisitos, Reglamentación General y Cláusulas Adicionales Contratadas.

| | | |
|--------------|--------------------------------|---------------------------------|
| LUGAR: | FIRMA DEL ACCIDENTADO | FIRMA DEL BENEFICIARIO |
| FECHA: | ACLARACIÓN DE FIRMA | ACLARACIÓN DE FIRMA |