



DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO ACCIDENTES PERSONALES

SELLO DE ENTRADA

N° DE REFERENCIA / PÓLIZA	N° DE CERTIFICADO	N° DE SINIESTRO

DATOS DEL TOMADOR

APELLIDO Y NOMBRE o RAZÓN SOCIAL:	
NÚMERO DE DOCUMENTO / C.U.I.T.:	
DOMICILIO:	TELÉFONO:

DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRE:	
NÚMERO DE DOCUMENTO:	FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO:	CIUDAD:
TAREA QUE REALIZA:	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO:

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:	PAÍS:
DESCRIPCIÓN DEL HECHO:			
NOMBRE DEL PRESTADOR:			

OTROS DATOS

I. TESTIGOS	
APELLIDO Y NOMBRES:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRES:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRES:	DOMICILIO:
II. ¿SE INSTRUYÓ ACTA POLICIAL?	
¿HA SUFRIDO ANTES OTROS ACCIDENTES? ¿CUÁLES Y CUÁNDO?	

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

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL ACCIDENTADO

ACLARACIÓN DE LA FIRMA

FIRMA DEL BENEFICIARIO

DATOS A COMPLETAR POR EL MEDICO 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 DEBE 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	
---------	----	--	----	--	--------------	----	--	-------	--	---------	--

DURANTE EL TRATAMIENTO ¿PUEDE SEGUIR TRABAJANDO?	SI		NO	
--	----	--	----	--

DIÁS DE DURACIÓN:	DÍAS QUE DEBERÁ FALTAR AL TRABAJO:
-------------------	------------------------------------

EXPEDIDO EN:	EL DÍA:
--------------	---------

LUGAR Y FECHA

SELLO DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO