

DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE LA CABB

DATOS DE LA POLIZA

Póliza N° _____

Apellido y Nombre del Tomador _____

DATOS DEL ASEGURADO **Accidentado**

Apellido y Nombre _____ D.N.I. N° _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____

Domicilio _____ Piso _____ Dpto. _____ Localidad _____

Provincia _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Mail de contacto _____

DINAMICA O CAUSA DE LA LESION

Detallar como ocurrió el accidente:

Fecha de Ocurrencia: ____/____/____ Hs. _____

Lugar (club) _____ Dirección _____

Mencione las causas del accidente: _____

Gravedad de la Lesión: Leve Grave Mortal

Mencione la lesión sufrida: _____

Zona del cuerpo lesionada: _____

DATOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Completar los siguientes datos:

Caja de Ahorros Cuenta Corriente (tachar lo que no corresponda)

Banco _____ N° de Cuenta _____

CBU _____ Tipo de Cuenta _____

En caso de no informar cuenta o caja de ahorro, el pago se realizará a la CABB.

Firma del Asegurado

Aclaración

D.N.I.