



Póliza N°

Siniestro N°

Este formulario debe ser completado y devuelto por el asegurado.

Esta denuncia, contestada en todas sus partes, sin omisión alguna, debe ser enviada a Berkley International Seguros S.A., en su Oficina Central, dentro de los tres días de conocido el acontecimiento del siniestro. Art. 46 y 47. Ley 17418

## DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres y/o Razón Social

Calle

Piso

Dpto.

C.P.

Localidad

Provincia

Tel/Fax

Doc. Tipo DNI/LE/LC N°

CUIT N°

Ing. Brutos

Conv. Multilateral . SI  NO

Apellido y Nombres del accidentado

Calle

Piso

Dpto.

C.P.

Localidad

Provincia

Tel/Fax

Doc. Tipo DNI/LE/LC N°

Edad

Altura

Peso

Profesión u ocupación

## 1-Diga cuándo, dónde y en qué ocupación tuvo lugar el accidente

Lugar

Fecha

Hora

## 2-Diga cómo sucedió y lo que Ud. estaba haciendo en ese momento (Sírvese dar los detalles más completos)

## 3-Diga Qué lesiones ha sufrido?

Si ha sufrido alguna vez una lesión en la misma región \_\_\_\_\_

## 4-De nombres y domicilios de los testigos del accidente

¿Intervino autoridad policial? \_\_\_\_\_

¿Se hizo sumario? \_\_\_\_\_

¿Comisaría? \_\_\_\_\_

## 5-Dé el nombre y dirección del médico que atendió a Ud. cuando sufrió el accidente?

¿Es el médico de siempre? \_\_\_\_\_

Nombre y domicilio del médico que lo atiende actualmente \_\_\_\_\_

## 6-Está Ud. como consecuencia directa del accidente incapacitado para atender totalmente a sus ocupaciones habituales?

Desde \_\_\_\_\_

**7-Si ahora está en condiciones de atender sus ocupaciones habituales aun en forma parcial:**

Diga desde qué fecha \_\_\_\_\_

Desde \_\_\_\_\_

**8-Horario en que normalmente desempeña sus tareas**

Declaro que las manifestaciones consignadas son verídicas

Firma \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Ningún reclamo será considerado sin el correspondiente certificado médico**