

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
