

DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Agencia Interviniente N°: _____ Fecha de Confección: ____ / ____ / ____

DATOS DE LA POLIZA

Póliza N° _____ Vigencia ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____
Apellido y Nombre del Tomador _____ D.N.I. N° _____
Ocupación _____

DATOS DEL ASEGURADO Accidentado

Apellido y Nombre _____ D.N.I. N° _____
Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____
Domicilio _____ Piso _____ Dpto. _____ Localidad _____
Provincia _____ Código Postal _____ Teléfono _____
Ocupación _____ Profesión _____

DINAMICA O CAUSA DE LA LESION Detallar como ocurrió el accidente

Fecha de Ocurrencia: ____ / ____ / ____ Hs. _____ Fecha en que dejó de Trabajar: ____ / ____ / ____ Hs. _____
Mencione las causas del accidente: _____

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE

Gravedad de la Lesión: Leve Grave Mortal

Mencione la lesión sufrida: _____
Zona del cuerpo lesionada: _____

DATOS DEL PRESTADOR O CENTRO MEDICO

Nombre del médico o Establecimiento sanitario que prestó su primer atención _____
Domicilio _____ Localidad _____
Es asistido actualmente en _____

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que el Asegurador pueda recabar información de cualquier médico que me haya atendido, así como de los sanatorios, clínicas, hospitales, o cualquier otra institución sanitaria en la que alguna vez me haya atendido, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Firma y Aclaración del Denunciante

CERTIFICADO MEDICO

Fecha del accidente: ____ / ____ / ____ Hs. _____ Fecha en que es asistido: ____ / ____ / ____ Hs. _____
¿Cuáles son las lesiones sufridas? _____

¿Qué curaciones o prácticas le han realizado? _____

¿Fue hospitalizado? SI NO ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? ____ / ____ / ____ ¿Cuántos días? _____

Tiempo estimado de retorno al trabajo _____ días

¿Puede producirse la muerte a consecuencia del accidente? _____

Estimación de Incapacidad: S/Incapacidad Incapacidad Parcial Incapacidad Total

Fecha Próxima Revisión: ____ / ____ / ____

Lugar y Fecha: _____

Firma y Sello del Médico