

DENUNCIA DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES
(Para ser completada por el Asegurado o por el Contratante)

Póliza N°..... Certificado N°..... Monto asegurado:.....
Apellido y nombre del accidentado: Edad:
Dirección: Teléfono:
Profesión:.....
Ausencia del trabajo por este accidente: Desde...../...../..... Hasta...../...../.....
Empleado desde:/...../..... Asegurado desde:/...../.....

Fecha, hora y lugar del accidente:

Circunstancias en las que se produjo el accidente y sus consecuencias:

La profesión/tareas declaradas son las que efectuaba al momento del accidente?

Si

No

Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión:

Parte del cuerpo lesionado:.....

Tipo de lesión sufrida:.....

Nombre del establecimiento sanitario y médico que le prestó primeros auxilios:

¿Se instituyó sumario policial?

Si
No

¿Sufrió la amputación total o parcial de algún miembro o dedo?

Si

No

En caso afirmativo ¿Cuál?.....

Declaro que son verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma y Aclaración

Fecha