

## DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO ACCIDENTES PERSONALES



NUMERO DE POLIZA	CERTIFICADO	NUMERO DE SINIESTRO

DATOS DEL TOMADOR	
APELLIDO Y NOMBRE / RAZÓN SOCIAL:	
NUMERO DE DOCUMENTO / C.U.I.T.:	
DOMICILIO	TELÉFONO:

DATOS DEL ASEGURADO	
APELLIDO Y NOMBRE:	
NUMERO DE DOCUMENTO:	
DOMICILIO:	CIUDAD:
TAREA QUE REALIZA:	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO:

FORMA DE PAGO	
Nº DE CUENTA:	BANCO:
Nº C.B.U:	

DATOS DEL ACCIDENTE			
FECHA DE OCURRENCIA:		HORA:	
LUGAR DONDE SE PRODUJO:			
LOCALIDAD:	C.P.:	PROVINCIA:	PAIS:
DESCRIPCIÓN DEL HECHO:			
NOMBRE DEL PRESTADOR:			

OTROS DATOS	
<b>I. TESTIGOS</b>	
APELLIDO Y NOMBRE:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRE:	DOMICILIO:
APELLIDO Y NOMBRE:	DOMICILIO:
<b>II. ¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL?</b>	
¿A QUÉ AUTORIDAD FUE ELEVADO?	
¿HA SUFRIDO ANTES OTROS A ACCIDENTES ¿ ¿CUÁLES Y CUANDO?	

PARA EL CASO DE MUERTE ACCIDENTAL	
¿FUE DURANTE EL HORARIO DE TRABAJO?	
¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL?	

El presente formulario debe ser enviado a la compañía dentro de las 72 horas de producido el accidente. Para poder dar curso es condición responder a todas las preguntas en forma completa, detallada y precisa, sin dejar ninguna pendiente de respuesta y acompañar –indefectiblemente- fotocopia de: **Documento Nacional de Identidad y oportunamente certificado de Alta Médica.**  
El denunciante declara expresamente conocer el Nomeclador, Valores Modulados, Requisitos, Reglamentación General y Cláusulas Adicionales Contratadas.-

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ACCIDENTADO

\_\_\_\_\_  
LUGAR Y FECHA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN DE LA FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL BENEFICIARIO

**DATOS A COMPLETAR POR EL MÉDICO TRATANTE**

<b>AGENTE CAUSANTE DEL ACCIDENTE:</b>															
<b>FORMA EN QUE EL ACCIDENTADO REFIERE HABER SUFRIDO EL ACCIDENTE:</b>															
<b>SINTOMATOLOGÍA QUE REFIERE A CAUSA DEL ACCIDENTE:</b>															
<b>LESIONES IMPUTABLES AL ACCIDENTE:</b>															
<b>LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:</b>															
<b>LESIONES ORGÁNICAS, ALTERACIONES FUNCIONALES O AFECCIONES ANTERIORES Y/O AJENAS AL ACCIDENTE:</b>															
<b>LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:</b>															
<b>CURACIÓN PRACTICADA / TRATAMIENTO PRESCRIPTO:</b>															
<b>¿EL LESIONADO DEBERÁ GUARDAR CAMA?</b>			<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>CANTIDAD DE DÍAS:</b>								
<b>¿DEBE INTERNARSE?</b>			<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>CANTIDAD DE DÍAS:</b>								
<b>CONSECUENCIAS QUE HA TENIDO O PUEDE TENER A RAÍZ DEL ACCIDENTE:</b>															
<b>MUERTE:</b>		<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>INCAPACIDAD:</b>		<b>SI</b>		<b>TOTAL</b>		<b>PARCIAL</b>		<b>NO</b>	
<b>DURANTE EL TRATAMIENTO ¿PUEDE SEGUIR TRABAJANDO?</b>							<b>SI</b>		<b>NO</b>						
<b>DÍAS DE CURACIÓN:</b>						<b>DÍAS QUE DEBERÁ FALTAR AL TRABAJO:</b>									
<b>EXPEDIDO EN:</b>						<b>EL DÍA:</b>									

\_\_\_\_\_  
SELLO DEL MÉDICO

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL MÉDICO