



Denuncia de accidente

Datos del Seguro

Póliza N° Contratante/Tomador:.....
Domicilio:
Localidad:Provincia:Código Postal:

Datos Personales (Asegurado accidentado)

Asegurado (Apellido y nombre completo):
Tipo y N° de Documento:Fecha de nacimiento:
Nacionalidad: Domicilio:
Localidad: Provincia:C.Postal:

Datos Laborales

Empresa donde presta servicios:
Ocupación: Fecha ingreso:

Datos del Siniestro

Fecha del accidente: Hora:Lugar:
Realizar una breve y objetiva descripción de los hechos:

.....
.....
.....
.....

Indicar unidad sanitaria, fecha, hora y el/los profesional/es que atendieron al accidentado:

.....
.....
.....
.....

Diagnóstico, medicación y recomendaciones médicas::

.....
.....
.....
.....

Pronóstico y alta médica:

.....
.....
.....
.....

.....
Firma y aclaracion

.....
Lugar, fecha y sello