

DENUNCIA DE ACCIDENTE

1. DATOS DEL SEGURO

PÓLIZA N° _____ CONTRATANTE/TOMADOR _____

DIRECCIÓN _____

LOCALIDAD / PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL _____

2. DATOS PERSONALES (ASEGURADO ACCIDENTADO)

ASEGURADO (APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO) _____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ NACIONALIDAD _____

DIRECCIÓN _____

LOCALIDAD / PROVINCIA _____ CÓDIGO POSTAL _____

3. DATOS LABORALES

EMPRESA DONDE PRESTA SERVICIOS _____

OCUPACIÓN _____ FECHA INGRESO _____

4. 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

ACLARACIÓN

LUGAR, FECHA Y SELLO