

## DENUNCIA DE ACCIDENTE

Póliza N°:		Siniestro N°:	
Tomador:		Teléfono:	
Calle:	N°:	Localidad:	Dpto:
E-mail:			
Apellido y Nombre del Asegurado:			DNI:
Calle:		N°:	Piso: Dpto:
Localidad:		Provincia:	C.P:
E-mail:			
Tarea que efectúa:			Edad:
Apellido y Nombre del Beneficiario:			
¿Cuenta con Obra Social?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especificar:			

## CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Día:	Mes:	Año:	Hora:
Lugar donde ocurrió:			
Circunstancias en que se produjo (explicar detalladamente):			
Actividad que efectuaba el accidentado en aquel momento:			
Parte del cuerpo lesionado:		Tipo de lesión:	
Nombre del médico o establecimiento transitorio que prestó primeros auxilios:			
¿Hubo testigos del accidente?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Nombres y Apellidos:			
Domicilios respectivos:			
¿Se instruyó sumario policial?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿A qué autoridad fue elevado? (si es juez indíquese también Secretaría):			
¿Quién es el denunciante? (Empleador, Representantes Legales, Beneficiarios, etc.):			
Apellido y Nombre:			
Domicilio del Denunciante:			

Firma y Sello del Tomador

Teléfono:	Lugar y Fecha:
-----------	----------------

NOTA: Este formulario debe remitirse junto con el INFORME MÉDICO, inmediatamente de producido el siniestro.