

DENUNCIA DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES



PÓLIZA N°:
UBICACIÓN:

SUBRAMO:
SINIESTRO N°:

DATOS DEL TOMADOR		
APELLIDO Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL		
DOCUMENTO <input type="radio"/> CUIT <input type="radio"/> N°	LOCALIDAD	C.P.
PROVINCIA	DOMICILIO	PISO
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	

DATOS DEL ACCIDENTADO/ASEGURADO		
APELLIDO Y NOMBRE		
DOCUMENTO N°	LOCALIDAD	C.P.
PROVINCIA	DOMICILIO	PISO
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FECHA DE NACIMIENTO
PUESTO DE TRABAJO/TAREA		ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO

DATOS DEL SINIESTRO		
FECHA DE OCURRENCIA	HORA	LUGAR
LOCALIDAD	PROVINCIA	C.P.
EN EL TRABAJO SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	HORA INICIO JORNADA	HORA FIN JORNADA
ACTIVIDAD REALIZADA AL MOMENTO DEL SINIESTRO		
AL IR O VOLVER DEL TRABAJO: MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO		
¿SE INSTRUYÓ ACTA POLICIAL? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	COMISARIA INTERVINIENTE	
¿EL LESIONADO FUE TRASLADADO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	MEDIO DE TRANSPORTE	
¿SUFRIÓ ACCIDENTES ANTERIORES? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	INDIQUE CUALES	

¿SE CONTACTÓ CON ALGUNO DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS? CENTRO DE TOMA DE DENUNCIAS TELEFÓNICA <input type="radio"/> PRODUCTOR ASESOR DE SEGUROS <input type="radio"/>
RELATO DEL HECHO
DESCRIBA DETALLADAMENTE LOS PASOS SEGUIDOS LUEGO DE OCURRIDO EL SINIESTRO

