

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO DE ACCIDENTES PERSONALES

DATOS DEL TOMADOR					
APELLIDO NOMBRE / RAZON SOCIAL					
CUIT/CUIL		DNI		POLIZA AP	
DOMICILIO				LOCALIDAD:	
DATOS DEL ASEGURADO					
APELLIDO Y NOMBRE					
TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO				FECHA NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL				OCUPACION	
DOMICILIO				TELEFONO	
HORARIO DE TRABAJO	DESDE		HASTA		
DETALLE DEL SINIESTRO					
FECHA Y HORA DEL SINIESTRO				LUGAR	
DOMICILIO DE OCURRENCIA					
LOCALIDAD				PROVINCIA	
DETALLE DEL SINIESTRO					
LESIONES EMERGENTES (NATURALEZA, EXTENSIÓN, ETC)					
TAREA HABITUAL					
TAREA DESARROLLADA LA MOMENTO DEL ACCIDENTE					
EXISTE DENUNCIA POLICIAL?		NO	COMISARIA DENUNCIA		
DOMICILIO DE COMISARIA				LOCALIDAD	
EXISTE DENUNCIA PENAL?		NO	JUZGADO INTERVINIENTE Y NRO.		
JURISDICCION				CARATULA	
DATOS DEL DENUNCIANTE					
APELLIDO Y NOMBRE					
TIPO Y NRO. DE DOCUMENTO		DNI		TELEFONO	
E-MAIL			RELACION CON EL ASEGURADO		
COMENTARIOS					
NOMBRE DEL PRESTADOR MEDICO					
APELLIDO Y NOMBRE					