



DENUNCIA DE SINIESTRO
Información Empleado

APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO

POLIZA N°

PREGUNTAS	CONTESTACIONES (*)
1. a) Profesión u ocupación del Asegurado b) Tareas en la empresa c) Domicilio Particular d) Documento de Identidad e) Teléfono / Mail	a) b) c) d) e)
2. a) Fecha del accidente o inicio de la enfermedad. b) Detallar cómo y dónde ocurrió el accidente o el inicio de la incapacidad	a) Día:..... Mes: Año:..... b)
3. a) ¿Qué diagnóstico/lesiones presenta? b) Detallar posibles consecuencias de las lesiones	a)..... b).....
4. a) Indicar qué médico lo atiende b) ¿Es su médico habitual? c) En caso negativo, indicar motivo.	a)..... b)..... c).....
5. Indicar última fecha en que concurrió a sus tareas	Día:..... Mes:.....Año:.....
6. ¿Se instruyó sumario policial? En caso afirmativo, indicar: Adjuntar a esta denuncia: copia del sumario policial y/o recortes periodísticos, donde se detalle el día, lugar y circunstancias en que ocurrió el hecho	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No (marcar con una X donde corresponda) Seccional Policial: Acta N°:..... Folio N°:..... MUY IMPORTANTE: Adjuntar CAUSA PENAL
7. Informar testigos que presenciaron el accidente	Nombre:..... Domicilio:..... Tel.:..... Nombre:..... Domicilio:..... Tel.:.....

En _____ a los _____ días del mes de _____ de 20 _____

.....
 Asegurado o Denunciante

.....
 Firma y Sello del Contratante

DENUNCIA DE SINIESTRO

Información a completar por el Médico

Nombre y Apellido del Asegurado	Documento (tipo y nº)	Edad
Profesión y Ocupación		Fecha del Accidente/ inicio enfermedad
	 / /

1. Breve descripción que da el Asegurado de su enfermedad / accidente
2. a) ¿Cuándo comenzó el tratamiento? b) Fecha estimada de alta médica	a).....de.....de 20..... a las hs b).....
3. Exposiciones individuales: c) Miembro y órgano afectado: d) ¿Su afección fue total o parcial? e) ¿Otras consideraciones? f) ¿Qué secuela observa? Detalle déficit funcionales. g) ¿Puede establecer algún diagnóstico?	a)..... b)..... c)..... d)..... e).....
4. a) ¿Sufre el lesionado exclusivamente las consecuencias del accidente o existen al mismo tiempo enfermedades de carácter latente o evolutivo, defectos físicos, etc.? b) ¿El accidente es consecuencia de las mismas o favorecido por ellas, y se dificulta por estas razones el proceso de curación?	a) b).....
5. ¿Qué consecuencias ha tenido o cree usted que puede tener su enfermedad/accidente: a) ¿Puede provocar la muerte? b) ¿La inhabilitación total o permanente? c) ¿La inhabilitación parcial? (Por pérdida total, ha de entenderse la causada por la amputación completa y definitiva del miembro u órgano afectado)	a)..... b)..... c).....

En a losdías del mes de..... de 20....

MUY IMPORTANTE Adjuntar HISTORIA CLINICA-autenticada-de INTERNACION

Firma del Médico _____
 Aclaración de la firma _____
 Matrícula N° _____
 Domicilio _____



DENUNCIA DE SINIESTRO POR SALARIOS CAÍDOS
Información a completar por el Contratante

POLIZA:

RAZÓN SOCIAL		
DOMICILIO		
CÓDIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
TELÉFONO / MAIL		CUIT
C.B.U. (Clave Bancaria Única)		
A fin de agilizar la liquidación del beneficio, si desea transferencia bancaria, por favor proporcionar su Clave Bancaria Única (CBU) de la cuenta bancaria de su titularidad.		
.....		

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS (Empleado Asegurado)			
DOMICILIO			
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO	LOCALIDAD	PROVINCIA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO	
		TIPO	NUMERO
OCUPACIÓN			

CAUSA DE SU INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO DE INCAPACIDAD

 Lugar y fecha

 Firma y Aclaración del Contratante