|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE DENUNCIA | ACCIDENTES PERSONALES** |

El aviso de cualquier accidente debe ser enviado a la Compañía en el término más breve posible, y nunca después de los tres días de haberse hecho aparentes las lesiones producidas por este.

La presente denuncia de siniestro deberá presentarse acompañada por:

1. Fotocopia de la Historia Clínica Completa y / o Historial médico completo, desde comienzos de las patologías o lesiones, adjuntando los estudios de diagnósticos médicos realizados, y 2) fotocopia completa de las Actuaciones Sumariales instruidas.

|  |  |
| --- | --- |
| PÓLIZA: |  |

**ASEGURADO**

Datos Personales:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDO Y NOMBRE: | | |
| N° DE DOCUMENTO: | | |
| FECHA DE NACIMIENTO: | | |
| PROFESIÓN: |  |  |
| DOMICILIO LABORAL: | CALLE: | CIUDAD: |
|  | ESTADO/PROVINCIA: | |
|  | CÓDIGO POSTAL: | |
| TELÉFONO: | | |
| E-MAIL: | | |

**DATOS DE ACCIDENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha del accidente: | / / |
| Hora del accidente: |  |
| Lugar donde ha ocurrido el accidente: |  |
| ¿Qué personas fueron testigos del accidente (nombre, profesión, domicilio), y en caso de que no hubiera habido testigos, qué personas vieron al Asegurado inmediatamente después del accidente? |  |
| ¿Durante qué actividad y en qué circunstancias sobrevino el accidente? |  |
| ¿Cuáles son las consecuencias del accidente con relación de la incapacidad para el trabajo del Asegurado? Es decir: a) ¿Debe este permanecer en cama o en su habitación por prescripción médica, o puede salir de su casa? |  |
| ¿Puede dar órdenes o desempeñar en parte sus ocupaciones ordinarias, dirigiendo, vigilando, etc.? |  |

Firma:

Lugar:

Fecha:  /  /