



## DENUNCIA DE SINIESTROS ACCIDENTES / VIDA

Zona	Ramo
Asegurado o Tomador de la póliza:	
Domicilio:	

### INFORMACIÓN DEL SINIESTRO

Fecha de ocurrencia	Hora
Lugar de ocurrencia:	

Apellido y nombre del lesionado o fallecido:	
Edad	Ocupación:
Domicilio:	Teléfono

### COBERTURA AFECTADA:

- Muerte  
 Por accidente     Por enfermedad     Otra causa

Otra causa detallar:

- Invalidez  
 Por accidente     Por enfermedad     Otra causa

Otra causa detallar:

- Asistencia Médica  
 Incapacidad temporaria  
 Por accidente     Por enfermedad     Otra causa

Otra causa detallar:

- Otros

Tareas en que se desempeña habitualmente	
Son las que efectuaba al momento del siniestro?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
De no ser las mismas detallar	

**Circunstancias en las que se produjo el siniestro y sus consecuencias**

**A ) En caso de fallecimiento:**

Acompañar certificado de defunción.

**B) En caso de invalidez:**

**C) En caso de incapacidad temporaria**

**D) En caso de asistencia médica**

**E) Otros:**

Detalle secuelas o lesiones:

Nombre del establecimiento sanitario y médico tratante:

Acompañe certificado o informe médico.

Se instruyó sumario policial:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---

En caso afirmativo, adjuntarlo:

LUGAR Y FECHA      viernes, 15 de agosto de 2008

FIRMA DEL ASEGURADO/ TOMADOR \_\_\_\_\_

ACLARACION \_\_\_\_\_

DOCUMENTO \_\_\_\_\_