

# Denuncia de Siniestro - Accidentes Personales



INFORME DEL CONTRATANTE

Nº (NUMERACION DE IMPRETA)

|                                  |               |       |
|----------------------------------|---------------|-------|
| Apellido y Nombre del Asegurado: | Nacido en:    |       |
|                                  | Fecha:        |       |
| Apellido y Nombre del Lesionado: | Nacionalidad: |       |
|                                  | Estado Civil: |       |
| Domicilio:                       | Documento Nº: | Tipo: |
| Telefono:                        |               |       |

| Poliza Nº:   | Certificado Nº:  | Ultimo sueldo \$   | SUMA ASEGURADA |
|--|--|--|----------------|
| Vigencia <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> | Vigencia <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> | Primas a pagar hasta <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/> |                |

| DATOS DEL SINIESTRO             |  |
|---------------------------------|--|
| Fecha                           |  |
| Lugar                           |  |
| Causa                           |  |
| Fecha de ingreso al empleo:     |  |
| Ultimo día de trabajo efectivo: |  |

| BENEFICIARIOS                  |                            |
|--------------------------------|----------------------------|
| Apellidos y Nombres completos: | Documento (Tipo y número): |
|                                |                            |
|                                |                            |
|                                |                            |
|                                |                            |

| Observaciones |
|---------------|
|               |
|               |
|               |
|               |

|               |
|---------------|
| Lugar y fecha |
|---------------|

Sello y firma del contratante

código interno