



SegurFilms®

DENUNCIA DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES

Para ser completada por el asegurado

Apellido y nombre del accidentado:	Edad:
Dirección:	Teléfono:
Profesión:	
Tareas que desempeña habitualmente:	
Son las que efectuaba al momento del accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha, hora y lugar del accidente:	
Teléfono:	
Circunstancias en las que se produjo el accidente y sus consecuencias:	
Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión:	
Parte del cuerpo lesionada:	
Tipo de lesión sufrida:	
Nombre del establecimiento sanitario y médico tratante que le prestó primeros auxilios:	
¿Se instituyó sumario policial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Sufrió la amputación total o parcial de algún miembro o dedo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo ¿Cuál?	

DATOS DEL ASEGURADO / CONTRATANTE

Póliza N°	Certificado N°	Monto asegurado:
Apellido y nombre del asegurado:		Edad:
Ausencia del trabajo por este accidente:	Desde / /	Hasta / /
Empleado desde: / /	Asegurado desde: / /	

Declaro que son verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma del Contratante y Aclaración

Fecha