

DENUNCIA DE SINIESTRO

Sección: Accidentes Personales

Póliza Nro.	Endoso Nro.	Siniestro Nro.

FECHA DE SINIESTRO			
Día	Mes	Año	Hora

Nombre y Apellido del Asegurado

Domicilio

Ocupación

Accidentado

Beneficiario

Fecha del accidente Día de de Hs.

Fecha en que dejó de trabajar Día de de Hs.

EXPLICAR DETALLADAMENTE COMO OCURRIÓ EL ACCIDENTE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ENFERMEDAD

Fecha en que se debió guardar cama Día de de Hs.

Con su firma el Asegurado certifica que las declaraciones arriba mencionadas, son la fiel expresión de la verdad.

Lugar y Fecha:

Firma:

Firma del Asegurado: