

Formulario 00 - 0106

**DENUNCIA DE SINIESTRO**

**Ramo: ACCIDENTES PERSONALES**

---

POLIZA N° \_\_\_\_\_

SINIESTRO N° \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ CP N° \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

CLUB O ACD AL QUE PERTENECE: \_\_\_\_\_

ENTIDAD PRIMARIA DE AFILIACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DEL ACCIDENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

CANCHA. \_\_\_\_\_ DIVISIÓN O CATEGORÍA: \_\_\_\_\_

SE PRODUJO EN PARTIDO:

OFICIAL: \_\_\_\_\_ ENTRENAMIENTO: \_\_\_\_\_ AMISTOSO: \_\_\_\_\_

EXPLICAR DETALLADAMENTE COMO OCURRIO EL ACCIDENTE

---

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DETALLAR TIPO DE LESIÓN:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Exclusivo para menores de 18 años inclusive (completar obligatoriamente).**

Nombre y Apellido de madre: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de padre: \_\_\_\_\_ DNI N° \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE DEBIO GUARDAR CAMA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**A)**

Tiene relación laboral de dependencia: \_\_\_\_\_

N° CUIL: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

**B)**

Obra social a la que pertenece: \_\_\_\_\_ N° de afiliado: \_\_\_\_\_

Medicina prepaga a la que pertenece: \_\_\_\_\_ N° de afiliado: \_\_\_\_\_

**C)**

Es autónomo: \_\_\_\_\_ N° de CUIT \_\_\_\_\_

**D)**

De no estar comprendido en los ítems A) o C) detallar que ocupación desarrolla actualmente:

---

---

(Tachar lo que no corresponde y completar correctamente)

Observaciones:

---

---

---

LOS DATOS CONSIGNADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO TIENEN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA Y CON SU FIRMA EL ASEGURADO Y DEMÁS INTERVINIENTES CERTIFICAN QUE LAS DECLARACIONES ARRIBA MENCIONADAS, SON LA FIEL EXPRESION DE LA VERDAD.

_____		_____		_____
LUGAR Y FECHA		FIRMA ACCIDENTADO		ACLARACIÓN

FIRMA PRESIDENTE DEL CLUB O ACD

ACLARACIÓN

FIRMA RESPONSABLE ENTIDAD AFILIADA

ACLARACIÓN