



Siniestro N°: Póliza N°: Socio N°:

Datos del socio

Apellido y nombre:
Domicilio: C.P.: Localidad:
Correo electrónico:

Datos del accidentado

Apellido y nombre:
Documento de identidad N°:
Hijo de: y de
Domicilio: C.P.: Localidad:
Edad: Estado civil: Nacionalidad:
Lugar de nacimiento: Fecha:
Profesión: Especialidad:
Correo electrónico:

Circunstancias relativas al accidente

Día: Mes: Año: Hora:
Lugar donde ocurrió el accidente:
Circunstancia en la que se produjo:

Parte del cuerpo lesionada:
Lesión sufrida: (Llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmosiones, etc.)
Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios:

Es atendido presonalmente por el Doctor:
Prestándole asistencia médica en: Consultorio Sanatorio Hospital otros:.....

Testigos

Apellido y nombre:
Domicilio: Seccional policial:
Apellido y nombre:
Domicilio: Seccional policial:
Observaciones:

Otros datos

¿Se instruyó sumario policial? ¿A que autoridad fue elevado? (Si es juez indicar también la Secretaría):
¿Ha sufrido antes otros accidentes? Fechas:
Lugar y fecha en que se efectúa la denuncia:
Autoridad ante quien se efectúa:

Denunciante

Apellido y nombre:
Domicilio:

Firma: Aclaración:
D.N.I.: