

ACCIDENTES PERSONALES

| | | |
|-------------------|-------------|--------------------------------|
| PÓLIZA | CERTIFICADO | SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN |
| 7000527 | | |
| NRO. DE SINIESTRO | | |
| | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|--|-----------|-------------------------------------|--|--|-----------|--|------|----------|------|--|
| TOMADOR | APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL | | | | | | | | | | | |
| | GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES | | | | | | | | | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT | | | NRO.: 3 4 - 9 9 9 0 3 2 0 8 - 9 - - | | | | | | | | |
| | CALLE: | | | | | | NRO. | | PISO | | DFO. | |
| CÓD. POSTAL | | | LOCALIDAD | | | | PROVINCIA | | | TELÉFONO | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|--|--|-----------------------------|--|--|------------------------------------|-----------|------|--|----------|--|
| ASEGURADO | APELLIDO Y NOMBRES | | | | | | | | | | | |
| | TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT | | | NRO.: - - - - - - - - - - - | | | | | | | | |
| | CALLE: | | | | | | NRO. | | PISO | | DFO. | |
| | CÓD. POSTAL | | | LOCALIDAD | | | | PROVINCIA | | | TELÉFONO | |
| | ÁREA QUE REALIZA | | | | | | ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO DE TRABAJO | | | | | |

En caso de requerir el pago por transferencia bancaria deberá adjuntar copia de la constancia de CBU.

| | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------|-------|-----------|--|----------|--|
| DATOS DEL ACCIDENTE | FECHA DE OCURRENCIA: | | | HORA: | | | | |
| | LUGAR DONDE SE PRODUJO | | | | | | | |
| | CÓD. POSTAL | | LOCALIDAD | | PROVINCIA | | TELÉFONO | |
| | DESCRIPCIÓN DEL HECHO | | | | | | | |
| | APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL DEL PRESTADOR | | | | | | | |
| | 3- TESTIGAS | | | | | | | |
| | APELLIDO Y NOMBRES | | | | DOMICILIO | | | |
| | APELLIDO Y NOMBRES | | | | DOMICILIO | | | |
| | APELLIDO Y NOMBRES | | | | DOMICILIO | | | |
| | 2- ¿SE INSTRUYÓ ACIA POLICIAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | |
| ¿HA SUFRIDO ANTES OTROS ACCIDENTES? ¿CUÁLES? | | | | | | | | |

EN CASO DE MUERTE ACCIDENTAL

¿FUE DURANTE EL HORARIO DE TRABAJO?

¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL?

El presente formulario debe ser enviado a la compañía dentro de las 72 horas de producido el accidente. Para poder dar curso es condición responder a todas las preguntas en forma completa, detallada y precisa, sin dejar ninguna pendiente de respuesta y acompañar -Indefectiblemente- fotocopia de documento Nacional de Identidad y oportunamente certificado de Alta Médica.

El denunciante declara expresamente conocer el Nomenclador, Valores Modulados, Requisitos, Reglamentación General y Cláusulas Adicionales Contratadas.

| | | |
|-----------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| LUGAR: _____ | _____ FIRMA DEL ACCIDENTADO | _____ FIRMA DEL BENEFICIARIO |
| FECHA: ____/____/____ | _____ ACLARACIÓN DE FIRMA | _____ ACLARACIÓN DE FIRMA |