

**ACCIDENTES PERSONALES**  
**DENUNCIA DE SINIESTRO**

Esta denuncia, contestada en todas sus partes, sin omisión alguna, debe ser enviada a la Compañía dentro de los tres días de conocido el acontecimiento.

**DENUNCIA DE ACCIDENTE A LA POLIZA N°:****SINIESTRO N°:**

Tomador:	
Domicilio:	
Localidad:	Teléfono:

Nombre y Apellido completo del Asegurado:		
Domicilio:		
Profesión:		Edad presente:
Fecha del suceso:	Lugar donde ocurrió:	
Qué estaba haciendo el Asegurado?:		
En qué circunstancia se produjo?:		
Cuál fue la causa del accidente?:		
Intervino la policia?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se levantó Sumario?: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	En qué comisaría?:
Qué lesiones a sufrido el Asegurado?:		
Nombre y Domicilio del Médico que le prestó la primera asistencia:		
Nombre y Domicilio del Médico que lo asiste actualmente:		

**Certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas y que no he omitido en ellas ningún dato de importancia.**

Lugar y fecha:

---

Firma

---

Aclaración

---