

N° de Siniestro (completa la Cía.): \_\_\_\_\_ Póliza N°: \_\_\_\_\_  
 Fecha de ocurrencia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Lugar de ocurrencia: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL TOMADOR

Nombre y Apellido / Razón Social: \_\_\_\_\_ DNI / CUIT: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Clase de Industria o Empresa: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene ART? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
 Pólizas: \_\_\_\_\_  
 Riesgos Cubiertos: \_\_\_\_\_  
 ¿Denunció el siniestro? SI  NO

#### DATOS DEL ASEGURADO ACCIDENTADO

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Ocupación: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
 Categoría de trabajo (Jefe, Capataz, Oficial, Aprendiz): \_\_\_\_\_  
 Jornada habitual de trabajo desde \_\_\_\_\_ hs. hasta \_\_\_\_\_ hs.

#### DERECHO - HABIENTES (INDICAR SÓLO EN CASO DE ACCIDENTE MORTAL)

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ País de Residencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ País de Residencia: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 Parentesco: \_\_\_\_\_ País de Residencia: \_\_\_\_\_

#### CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE

Detalles del hecho: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Tareas habituales: \_\_\_\_\_  
 Aparato o máquina que produjo la lesión: \_\_\_\_\_  
 Partes del cuerpo lesionadas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Lesiones sufridas: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Fecha en que abandono el trabajo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### TESTIGOS

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Relación con el accidentado: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Relación con el accidentado: \_\_\_\_\_  
 Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Relación con el accidentado: \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL PRESTADOR O CENTRO MÉDICO

Nombre del Médico o Establecimiento Sanitario que presto su primera atención: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Actualmente atendido por el Dr. / Dra.: \_\_\_\_\_  
 Prestando asistencia médica en (Consultorio, Sanatorio, Hospital) \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:** Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada.