



DENUNCIA DE ACCIDENTES PERSONALES

A) Circunstancias relativas al establecimiento donde trabaja el accidentado:

- Nombre:.....
- 1) Patrón o Empresa Domicilio:..... Localidad:.....
- 2) Clase de la industria o empresa:.....
- 3) Si hay seguro, indicar la Compañía y numero de póliza:.....

B) Circunstancias personales del accidentado (1)

- 6) Nombre:..... 7) Apellido:.....
- 8) Firma que usa habitualmente (2)..... LC. DNI. LE.....
- 9) Hijo de:..... y de:.....
- 10) Domicilio: Calle:..... N°..... Localidad:.....
- 11) Provincia o Territorio:.....
- 12) Edad:..... 13) Estado Civil:..... 14) Nacionalidad:.....
- 15) Lugar de Nacimiento:..... Fecha:.....
- 16) Profesión:..... 17) Especialidad:.....
- 18) Categoría Profesional: (jefe, subjefe, capataz, oficial, medio oficial, aprendiz, peón, etc.-):
.....
- 19) ¿Sabe leer y escribir?.....
- 20) Horas que trabaja por día:..... 21) Por semana:.....
- 22) Antigüedad en el establecimiento:.....

c) Circunstancias relativas al accidente:

- 23) Día:..... 24) Mes:..... 25) Año:..... 26) Hora:.....
- 27) Lugar donde ocurrió el accidente:.....
- 28) Circunstancia en que se produjo:
.....
.....
- 29) Tarea que efectuaba el accidentado en aquel momento:
.....
.....

AVISO IMPORTANTE PARA EL ASEGURADO

En todo caso de accidente, el Asegurado está obligado a mandar la denuncia a SeguroMetal Cooperativa de Seguros Ltda. dentro de las 72 Hs. de haber llegado a su conocimiento, de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza.-
La presente denuncia debe ser llenada en todas sus partes contestando exactamente todas sus preguntas, a fin de evitar inconvenientes en el trámite del siniestro.-

30) Fecha en que abandonó el trabajo:

Día:.....Mes:.....Año:.....Hora:.....

31) Cual era su tarea habitual:.....

32) Parte del aparato, maquina o útil que produjo la lesión:

.....
.....

33) Parte del cuerpo lesionado:.....

34) Lesión sufrida:(llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, etc.)

.....

35) Nombre del medico o establecimiento sanitario que le presto primeros auxilios:

.....

36) Es atendido actualmente por el doctor:.....

37) Prestándose asistencia médica en consultorio, sanatorio, hospital, etc.:

.....

Nombre y apellido:.....

Domicilio:.....

38) Testigos:

Nombre y apellido:.....

Domicilio:.....

39) Observaciones:

.....
.....

D) Otros datos:

40) ¿Se instruyo sumario policial?..... 41) ¿A que autoridad fue elevado? (Si es juez, indicar la Secretaría).....

42) ¿Ha sufrido antes otros accidentes?.....43) Fechas:.....

44) Lugar y fecha en que se hace esta denuncia:.....

45) Autoridad ante quien se efectúa:.....

46) Quien es el denunciante:.....

47) Denunciante: Nombre:.....

Apellido:.....

Firma:.....

.....

FIRMA PATRONAL