

Denuncia de Siniestro - Accidentes Personales

INFORME DEL CONTRATANTE

Nº (NUMERACION DE IMPRETA)

Apellido y Nombre del Asegurado:	Nacido en:
	Fecha:
Apellido y Nombre del Lesionado:	Nacionalidad:
	Estado Civil:
Domicilio:	Documento Nº: Tipo:
Telefono:	

Poliza Nº:	Certificado Nº:	Ultimo sueldo \$	SUMA ASEGURADA																		
Vigencia <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Día	Mes	Año				Vigencia <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Día	Mes	Año				Primas a pagar hasta <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>	Día	Mes	Año				
Día	Mes	Año																			
Día	Mes	Año																			
Día	Mes	Año																			

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha
Lugar
Causa
Fecha de ingreso al empleo:
Ultimo día de trabajo efectivo:

BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres completos:	Documento (Tipo y número):

Observaciones

Lugar y fecha

Sello y firma del contratante