



**PARANA  
SEGUROS**

Peron 690 Piso 3 (C1038AAN)  
BUENOS AIRES - ARGENTINA  
TEL 4320-0000 FAX 4320-0020

## DENUNCIA de SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES

ESTA DENUNCIA DEBE REMITIRSE A LA COMPAÑIA DENTRO DE LAS 24 HORAS DE HABER LLEGADO EL ACCIDENTE A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO, SEGUN LO ESTABLECEN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.

### A) Circunstancias Relativas al Establecimiento Donde Trabaja el Accidentado

- 1.- Patrón o empresa Nombre .....
- Domicilio ..... Localidad .....
- 2.- Clase de la Industria o Empresa .....
- 3.- Número de la Póliza .....

### B) Datos Personales del Accidentado

- 4.- Nombre ..... 5.- Apellido .....
- 6.- Hijo de ..... y de .....
- 7.- Domicilio: Calle : ..... Nº ..... Localidad .....
- 8.- Provincia o Territorio .....
- 9.- Edad ..... 10.- Estado Civil ..... 11.- Nacionalidad .....
- 12.- Lugar de Nacimiento .....
- 13.- Profesión ..... 14.- Especialidad .....
- 15.- Categoría Profesional (jefe, sub-jefe, capataz, oficial, medio oficial, aprendiz, etc.) .....
- 16.- Horas que trabaja por día ..... 17.- Por semana .....
- 18.- Antigüedad en el establecimiento .....
- 19.- Derecho-habientes (indicarlos en caso de accidente mortal, o de accidentes que se suponga puedan tener esa consecuencia).
- Padre ..... País de residencia .....
- Madre ..... País de residencia .....
- Esposa ..... País de residencia .....
- Hijos menores de 22 años:
- 1) ..... País de residencia .....
- 2) ..... País de residencia .....
- 3) ..... País de residencia .....
- 4) ..... País de residencia .....

¡IMPORTANTE: Consignar documentos de identidad del accidentado.

D.N.I./L.C./L.E./C.I.: ..... C.U.I.L.: .....

C) Circunstancias Relativas al Accidente

20.- Día ..... 21.- Mes ..... 22.- Año ..... 23.- Hora .....

24.- ¿Era día de pago? ..... 25.- Lugar donde ocurrió el accidente .....

26.- Circunstancia en que se produjo .....

27.- Tarea que efectuaba el accidentado en aquel momento .....

28.- Fecha en que abandonó el trabajo: día ..... mes .....  
año ..... hora .....

29.- ¿Cuál era su tarea habitual? .....

30.- Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión .....

31.- Parte del cuerpo lesionada .....

32.- Lesión sufrida (llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, etc.) .....

33.- Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó sus primeros auxilios .....

34.- Es atendido actualmente por el Dr. ....

35.- Prestándole asistencia médica en (consultorio, sanatorio, hospital, etc.) .....

36.- Testigos ———— { Nombre y Apellido .....  
Domicilio .....  
Nombre y Apellido .....  
Domicilio .....

37.- Observaciones (\*) .....

D) Otros Datos

38.- ¿Se instruyó sumario policial? .....

39.- ¿A qué autoridad fue elevado? (si es juez indicar también la Secretaría) .....

40.- ¿Ha sufrido antes otros accidentes? ..... 41.- Fechas .....

42.- Lugar y fecha en que se hace esta denuncia .....

43.- Autoridad ante quien efectúa .....

¿Quién es el denunciante? .....

44.- Denunciante ———— { Nombre .....  
Domicilio .....  
Firma .....

(\*) Cuando el patrón tenga conocimiento de alguna de las circunstancias relativas al accidente por manifestación del accidentado o de tercero, podrá dejar constancia de ello en este rubro.