



PARANA
SEGUROS

Maipú 215 (C1084ABE) 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 : N° 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.