



ASESORES PRODUCTORES
DE SEGUROS

ACCIDENTES PERSONALES
 AP PRESTACIONAL

**DENUNCIA
DE SINIESTRO**

Notificado 8-800 N°

Fecha Notificación: / /

Siniestros N°

Siniestros N°

Pólizas N°

Certificado N°

A) Circunstancias relativas al establecimiento donde trabaja el Asegurado

Empresa o Patrono: _____ CUIT: _____
 Nombre: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ CP: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____
 Clase de Industria o Empresa _____

B) Datos personales del Accidentado / Causante

Apellido y Nombre: _____ D.N.I.: _____ CUIL: (adjuntar comprobante) _____
 Domicilio: _____ N°: _____ Localidad: _____ CP _____
 Provincia: _____ Teléfono: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____
 Nacionalidad: _____ Lugar de Nacimiento: _____
 Profesión: _____ Jornada habitual desde: _____ Hasta: _____

C) Datos del Beneficiario (En caso de fallecimiento del Asegurado)

Apellido y Nombre: _____ D.N.I.: _____
 Parentesco/Relación con el Asegurado: _____
 Domicilio: _____ N° _____ Localidad: _____ CP: _____ Teléfono: _____
 (Adjuntar formulario de designación)

D) Circunstancias relativas al siniestro

Fecha del evento: Día _____ Mes _____ Año _____ Hora _____
 Lugar donde ocurrió el mismo _____
 Circunstancia en que se produjo: (Detalle amplio) _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO Accidente de trabajo
 En el trabajo En otro centro o lugar de trabajo Al ir o al volver del trabajo Desplazamiento en día laboral
 ¿Cuál fue la causa directa del evento?: _____

Consecuencias: Fallecimiento Lesiones Invalidéz

Partes del cuerpo lesionada: _____

Lesión sufrida: (Llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, etc.) _____

Fecha en que abandonó el trabajo: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Hora: _____

¿Cuál era su tarea habitual? _____

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL AL QUE FUE DERIVADO

Centro Asistencial _____ Domicilio _____
 Localidad _____ Provincia _____ CP _____ Teléfono _____
 Accidente in itinere _____ Denuncia policial N° _____ (Adjuntar copia) Comisaría: _____

E) Otros datos

¿Se instruyó sumario policial? _____
 ¿A qué autoridad fue elevada? (Si es Juez, indicar también la secretaria) _____
 Denunciante: _____
 Domicilio: _____ Localidad: _____ CP: _____

Observaciones: _____

Confeccionada (Lugar y fecha*): _____

Presentada a la compañía (Lugar y fecha): _____

Formulo la presente Denuncia en calidad de: CONTRATANTE ASEGURADO BENEFICIARIO

*) La fecha de presentación de la Denuncia nunca podrá diferir de la fecha del sello de recepción.

ASESORES PRODUCTORES
DE SEGUROS



Aclaración de la Firma

D.N.I.

Firma

PARA USO INTERNO DE FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Muerte Invalidez Renta Diaria Asist. Médica

- a) Suma Asegurada _____
- b) Vigencia: Desde _____ Hasta _____
- c) Estado de deuda premio a fecha de siniestro - con cobertura
SI NO
- d) ¿La persona se encuentra nominada en póliza?
SI NO ¿Desde qué fecha?: _____
- e) ¿Es un riesgo cubierto? SI NO

DOCUMENTACIÓN PENDIENTE DE ENTREGA. (detallar)

¿Fue solicitada al denunciante? SI NO

Observaciones

Analista

Firma

Aclaración