

DENUNCIA DE SINIESTRO

Accidentes Personales

RELEVANTE: Esta declaración debe ser llenada por el Asegurado, sus allegados o representantes y devolverse a la Compañía sin demora alguna, dentro de los plazos establecidos en la Póliza.

Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas del Asegurado, aún hecha de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato, o modificados sus condiciones, si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado de las cosas, hace nulo el contrato.

1. DATOS GENERALES

Contratante:	Póliza Nro.:		
Nombre y Apellido del accidentado:	Fecha de nacimiento: / /		
Domicilio:	Localidad:	Departamento:	
Teléfono:	Documento Nro.:		
Fecha y hora del accidente: / / : :	Lugar:		

2. CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE Y SUS CONSECUENCIAS

Descripción por el accidentado:

3. LESIONES, TRATAMIENTOS, SECUELAS Y ESTADO ACTUAL

Parte del cuerpo lesionada:

Lesiones sufridas:

Posee constancia o certificado de esa primera atención. En caso afirmativo adjuntarla Si No

Dónde le presta atención médica? Consultorio Sanatorio Hospital Otro

Diagnóstico obtenido de la atención médica:

4. ACTUACIONES POLICIALES Y/O PENALES

¿Se realizaron actuaciones policiales? Si No (adjuntar informe o parte policial en caso afirmativo)

Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y autorizo a través del presente DOCUMENTO a SEGUROS SURA (Compañía de Seguros) a solicitar a través de sus representantes información a los médicos que me asisten ó me han asistido y la Historia Clínica completa con mis datos personales.

Fecha: / / : : Firma: _____

Aclaración: _____

C.I.: _____