CRUZ SUIZA
Cia. de Seguros S.A.

ESTA DENUNCIA DEBE REMITIRSE A LA COMPAÑÍA DENTRO DE LAS 24 HORAS DE HABER LLEGADO EL ACCIDIENTE A CONOCIMIENTO DEL ASEGURADO, SEGÚN ESTABLECEN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

A) Circunstancias relativas al establecimiento donde trabaja el accidentado.

Patrón o Empresa: Nombre ……

Domicilio..…….. Localidad……...

Clase de la industria o Empresa..……..

Número de la Póliza.....……

B) Tipo de Denuncia

☐ Gastos de asistencia médica-farmacéutica
☐ Muerte
☐ Incapacidad

Marcar con una X lo que corresponda.

C) Datos personales del accidentado.

Nombre……..

Apellido…….

Hijo de..……. Y de…….

Domicilio calle…… Nº…… Localidad…….

Provincia o territorio……..

Edad…… Estado Civil……...… Nacionalidad…….

Lugar de Nacimiento……..…… Fecha de Nacimiento…….

Profesión…… Especialidad…….....

Categoría profesional (Jefe, Sub-jefe, Capataz, Oficial, Medio Oficial, Aprendiz, etc.)……

Horas que trabaja por día…… Por semana……

Antigüedad en el establecimiento……...……...

IMPORTANTE: Consignar documento de identidad del accidentado.

DNI/LC/LE/CI……CUIL……..……..

D) Circunstancias relativas al Accidente

Día…… Mes…… Año……. Hora……

¿Era día de pago?…… Lugar donde ocurrió el accidente……..…

Circunstancia en que se produjo ……

……...…

……...…

Tarea que efectuaba el accidentado en aquel momento……

Fecha en que abandonó el trabajo: Día…….Mes ……...……

Año……. Hora……..……

¿Cuál era su tarea habitual?.....

Parte del aparato, maquina o útil que produjo la lesión……..

Parte del cuerpo lesionada …….……

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

Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó sus primeros auxilios ……

Es atendido actualmente por el Dr. ……...

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

Testigos

Nombre y Apellido _____

Domicilio _____

Nombre y Apellido _____

Domicilio _____

Observaciones (*)……..

…….....

E) **Otros datos**

¿Se instruyó sumario policial?.....

¿A qué autoridad fue elevado? (si es juez, también indicar la Secretaria)……...

¿Ha sufrido antes otros accidentes?..... Fechas……

Lugar y fecha en que se hace esta denuncia…….....

……...

Autoridad ante quien se efectúa…….

Denunciante

Nombre _____

Domicilio _____

Firma _____

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