

No. ....

## DENUNCIA DE ACCIDENTE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

1.- Nombre del Asegurado: .....

2.- Nombre del Empleador y/o Contratante: .....

3.- Profesión u Ocupación: .....

Póliza No. .... Código No. ....

Fecha de Emisión: .....

Domicilio: ..... Telf.: .....

4.- Descripción del Accidente: .....

.....

.....

.....

.....

Fecha en que sucedió el accidente: .....

Hora en que sucedió el accidente: .....

Lugar en que sucedió el accidente: .....

5.- Médico que intervino: .....

Diagnóstico: .....

.....

.....

6.- Documentos que acompaña: .....

Certificado Médico: ..... Radiografía .....

Parte de Baja: ..... Parte de Alta .....

7.- Diagnóstico del Médico de la Compañía: .....

.....

.....

8.- Observaciones: .....

.....

.....

9.- Lugar y Fecha: .....