

DENUNCIA DE ACCIDENTES PARCIALES

Declaracion del Asegurado

Contratante :

Póliza Nº :

Esta declaración debe llenarse y devolverse a la compañía sin demora alguna, dentro del plazo de 15 (quince) días de ocurrido el accidente.

Nombre/s y apellido/s :

Fecha de nacimiento :

DNI :

Teléfono :

Domicilio :

E-mail :

Lugar, fecha y hora del accidente :

Circunstancias del accidente y sus consecuencias :

Tareas que desempeña habitualmente :

¿Son las que efectuaba en el momento del accidente? SI NO

Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión :

Parte del cuerpo lesionado :

Lesión sufrida (llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, commociones, etc) :

Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó auxilios :

Es actualmente atendido por el Dr. :

Prestándole asistencia médica en (consultorio, hospital, sanatorio) :

¿Se instruyó sumario policial? SI NO

En caso afirmativo, adjunte al presente formulario copia de su DNI e indíquenos a continuación la dirección para la entrega :

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que TPC Compañía de Seguros S.A pueda recabar cualquier información de cualquier médico y/o clínica y otras instituciones que alguna vez me hayan atendido y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Yo, abajo firmado, certifico que son sinceras y verídicas las declaraciones precedentes.

Firma y sello del contratante :

Lugar y fecha :