

DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE CLUB O ASOCIACIÓN DEPORTIVA

DATOS DE LA POLIZA

Póliza N° _____

Apellido y Nombre del Tomador _____

DATOS DEL ASEGURADO Accidentado

Apellido y Nombre _____ D.N.I. N° _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Domicilio _____ Piso _____ Dpto. _____ Localidad _____

Provincia _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Mail de contacto _____

MARQUE CON UNA CRUZ LO QUE CORRESPONDE

DINAMICA O CAUSA DE LA LESION

Detallar como ocurrió el accidente:

Fecha de Ocurrencia: ____ / ____ / ____ Hs. _____

Lugar (club) _____ Dirección _____

Mencione las causas del accidente: _____

Gravedad de la Lesión: Leve Grave Mortal

Mencione la lesión sufrida: _____

Zona del cuerpo lesionada: _____

DATOS PARA LA LIQUIDACIÓN DE GASTOS MÉDICOS

Completar los siguientes datos:

Caja de Ahorros Cuenta Corriente (tachar lo que no corresponda)

Banco _____ N° de Cuenta _____

CBU _____ CUIT/CUIL/DNI _____

En caso de no informar cuenta o caja de ahorro, el pago se realizará al Tomador (club o asociación).

Todos los datos son OBLIGATORIOS.

Firma del Asegurado

Aclaración _____

D.N.I. _____