

Denuncia de Siniestro - Accidentes Personales



INFORME DEL CONTRATANTE

Nº (NUMERACION DE IMPRETA)

Apellido y Nombre del Asegurado:	Nacido en:
	Fecha:
Apellido y Nombre del Lesionado:	Nacionalidad:
	Estado Civil:
Domicilio:	Documento Nº: Tipo:
Telefono:	

Poliza Nº:	Certificado Nº:	Ultimo sueldo \$	SUMA ASEGURADA
Vigencia <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Vigencia <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	Primas a pagar hasta <input type="text"/> Día <input type="text"/> Mes <input type="text"/> Año <input type="text"/>	

DATOS DEL SINIESTRO	
Fecha	
Lugar	
Causa	
Fecha de ingreso al empleo:	
Ultimo día de trabajo efectivo:	

BENEFICIARIOS	
Apellidos y Nombres completos:	Documento (Tipo y número):

Observaciones

Lugar y fecha

Sello y firma del contratante

código interno