



**SAN CRISTOBAL**  
SEGUROS GENERALES

**DENUNCIA DE ACCIDENTES PERSONALES**

SINIESTRO N° \_\_\_\_\_ POLIZA N° \_\_\_\_\_ SOCIO N° \_\_\_\_\_

**a) DATOS DEL SOCIO**

- 1) Apellido y Nombre : .....
- 2) Domicilio : ..... C.P. : ..... Localidad : .....
- 3) Correo Electrónico : .....

**b) DATOS DEL ACCIDENTADO**

- 4) Apellido y Nombre : .....
- 5) Documento de Identidad N° : .....
- 6) Hijo de : ..... y de .....
- 7) Domicilio : ..... C.P.: ..... Localidad : .....
- 8) Edad : ..... Estado Civil : ..... Nacionalidad : .....
- 9) Lugar de Nacimiento : ..... Fecha : .....
- 10) Profesión : ..... Especialidad : .....
- 11) Correo Electrónico : .....

**c) CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL ACCIDENTE**

- 12) Día : ..... Mes : ..... Año : ..... Hora : .....
- 13) Lugar donde ocurrió el accidente : .....
- 14) Circunstancia en que se produjo : .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- 15) Parte del cuerpo lesionada : .....
- 16) Lesión sufrida : (Llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, etc.) .....

A.P. 97 - S

Original para la aseguradora

17) Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios : .....

18) Es atendido personalmente por el Doctor : .....

19) Prestándole asistencia médica en : Consultorio ( ), Sanatorio ( ), Hospital ( ), otros : .....

**20) Testigos :**

Apellido y Nombre : .....

Domicilio : ..... Sección Policial : .....

Apellido y Nombre : .....

Domicilio : ..... Sección Policial : .....

21) Observaciones : .....

**d) OTROS DATOS :**

22) ¿ Se instruyó sumario policial ? ..... ¿ A que autoridad fue elevado ? ( Si es juez indicar también la Secretaría ) : .....

23) ¿ Ha sufrido antes otros accidentes ? ..... Fechas : .....

24) Lugar y fecha en que se efectúa la denuncia : .....

25) Autoridad ante quien se efectúa : .....

**26) Denunciante :**

Apellido y Nombre : .....

Domicilio : .....

Firma : .....