

Póliza Nro. _____

Datos del Contratante

Establecimiento o Razón Social: _____
Domicilio real: _____ CP: _____
Provincia: _____ Localidad: _____ Teléfono: (_____) _____
E-mail: _____

Datos del Accidente

Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____
Detalle de lo sucedido: (Detalle de la tarea que estaba realizando al momento de ocurrir el accidente) _____

DETALLE DE LA LESIÓN

Parte del cuerpo lesionada: _____ Tipo de lesión Definitiva Recuperable
Descripción de la lesión: _____

Datos del Asegurado

Apellidos y Nombres : _____ Sexo: _____
Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ !(Adjuntar copia) Fecha de Nacimiento: _____
Nacionalidad: _____ Estado Civil: _____ Lugar de Nacimiento: _____
Domicilio real: _____
Provincia: _____ Localidad: _____ CP: _____
Teléfono: (_____) _____ E-mail: _____

EN CASO DE PERTENECER A UN ESTABLECIMIENTO ESCOLAR, INDICAR:

Condición del Alumno: _____ Grado _____ División _____ Turno _____ Período Escolar: _____
Escuela N° _____ Distrito Escolar _____ Autoridad escolar certificante: _____

Firma y aclaración del Asegurado

Firma y aclaración del Contratante

