



Formulario de Denuncia de Accidente

IMPORTANTE Esta declaración debe ser completada por el Asegurado, sus allegados ó representantes y devolverse a la Compañía sin demora alguna, dentro del plazo de 3 (tres) días de ocurrido el accidente.

CONTRATANTE

Póliza número:

Apellido y Nombre del Accidentado: _____

Fecha de Nac.: ___ / ___ / _____ Domicilio: _____ Localidad _____

Provincia: _____ Teléfono: _____ Doc. N°: _____ CUIL: _____

Fecha de accidente: ___ / ___ / _____ Hora del accidente: _____ Lugar: _____

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE Y SUS CONSECUENCIAS

Completar donde ocurrió el accidente

Ubicación: _____

Hora: _____

Parte del cuerpo lesionado: _____

Descripción de la lesión: _____

Nombre del médico o establecimiento sanitario que prestó los primeros auxilios: _____

Nombre del médico que lo atiende actualmente: _____

Domicilio : _____ Teléfono: _____

¿Dónde le presta asistencia médica? (Consultorio, sanatorio, hospital u otro): _____

Domicilio : _____ Localidad: _____ Teléfono: _____

¿Se instruyó sumario policial?: _____ Comisaría: _____

Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y autorizo a Colón Compañía de Seguros a solicitar información a los médicos que me asisten ó me han asistido.

APUME 10/2020.

LUGAR	FIRMA DEL DENUNCIANTE	ACLARACIÓN
FECHA ___ / ___ / _____		