



ace seguros

ACE Seguros S.A.
Avda. Leandro N. Alem 855, 19° Piso
Buenos Aires
C.P.: C1001AAD

Tel.: 54-11-4114-4000
Fax: 54-11-4114-4001

DENUNCIA DE ACCIDENTES PERSONALES

1. DATOS DE LA POLIZA Y EL ASEGURADO

Número de Póliza

Fecha de Alta en Nómina.....

Contratante

Asegurado/ Accidentado:.....

Tipo y Nro. de Documento

Domicilio del Accidentado

Horario de Trabajo

2. DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha y Hora del Accidente:.....

¿In-itinere? SI - NO (tachar lo que corresponde)

Lugar del Accidente:.....

Circunstancias del accidente:

.....
.....
.....
.....
.....

Testigos del Accidente: SI - NO
(En caso afirmativo dar datos de los mismos)

.....
.....
.....

3. DATOS DE LA ATENCIÓN MÉDICA DEL ASEGURADO

¿El asegurado fue asistido médicamente por el accidente? En que fecha

Nombre del Servicio Médico y/o Médico Profesional que asistió:

Datos del médico: Matrícula: Dirección: Te:

4. CARACTERÍSTICAS DE LA LESIÓN

Tipo de lesión sufrida por el asegurado:.....

Diagnóstico de la lesión:

Pronóstico:.....

Tratamiento indicado:

.....

Tiempo de tratamiento aproximado:

¿El asegurado a la fecha de denuncia posee alta médica? SI - NO (tachar lo que corresponde)

¿Presenta Secuelas incapacitantes? SI - NO (tachar lo que corresponde) . En caso afirmativo, detallar a continuación:

.....
.....
.....

5. OBSERVACIONES

.....
.....
.....

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y Sello del Contratante