



SEGUROMETAL

COOPERATIVA DE SEGUROS Ltda.

POLIZA N°...70800/3.....

SINIESTRO N°.....

DENUNCIA DE ACCIDENTES PERSONALES

A) Circunstancias relativas al establecimiento donde trabaja el accidentado:

1) Patrón o Empresa
Nombre:.....COMUNA DE SANDFORD.....

Domicilio:.....SAN LORENZO 1592..... Localidad:.....SANDFORD.....

2) Clase de la industria o empresa:.....

3) Si hay seguro, indicar la Compañía y numero de póliza:.....

B) Circunstancias personales del accidentado (1)

6) Nombre:.....JUAN CARLOS..... 7) Apellido:.....MERIDA.....

8) Firma que usa habitualmente (2)..... DNI:.....18338600.....

9) Hijo de:.....PABLO..... y de:.....SILVIA NOEMI.....

10) Domicilio: Calle:.....LAPRIDA..... N°.....380..... Localidad:.....SANDFORD.....

11) Provincia o Territorio:.....SANTA FE.....

12) Edad:.....43..... 13) Estado Civil:.....SOLTERO..... 14) Nacionalidad:.....

15) Lugar de Nacimiento:..... Fecha:.....

16) Profesión:..... 17) Especialidad:.....ARGENTINO.....

18) Categoría Profesional: (jefe, subjefe, capataz, oficial, medio oficial, aprendiz, peón, etc.-):
.....

19) ¿Sabe leer y escribir?.....SI.....

20) Horas que trabaja por día:.....8..... 21) Por semana:.....44.....

22) Antigüedad en el establecimiento:.....10 AÑOS.....

c) Circunstancias relativas al accidente:

23) Día:.....27..... 24) Mes:.....SETIEMBRE..... 25) Año:.....2010..... 26) Hora:.....6:15.....

27) Lugar donde ocurrió el accidente:.....VIA PUBLICA.....

28) Circunstancia en que se produjo:
SE ENCONTRABA BARRIENDO Y EN UN MOMENTO SINTIO UN TIRON EN LA ESPALDA

29) Tarea que efectuaba el accidentado en aquel momento:
.....BARIA LA CALZADA

AVISO IMPORTANTE PARA EL ASEGURADO

En todo caso de accidente, el Asegurado está obligado a mandar la denuncia a SeguroMetal Cooperativa de Seguros Ltda. dentro de las 72 Hs. de haber llegado a su conocimiento, de acuerdo a las Condiciones Generales de la Póliza.-

La presente denuncia debe ser llenada en todas sus partes contestando exactamente todas sus preguntas, a fin de evitar inconvenientes en el trámite del siniestro.-

30) Fecha en que abandonó el trabajo:

Día: 17.....Mes: 09.....Año: 2010.....Hora: 6:15.....

31) Cual era su tarea habitual: BARRIDO.....

32) Parte del aparato, maquina o útil que produjo la lesión:

.....
.....

33) Parte del cuerpo lesionado: ESPALDA.....

34) Lesión sufrida: (llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, etc.)

.....

35) Nombre del medico o establecimiento sanitario que le presto primeros auxilios:

SAMCO.....

36) Es atendido actualmente por el doctor: JOSE BUSTRO.....

37) Prestándose asistencia médica en consultorio, sanatorio, hospital, etc.:

SAMCO.....

Nombre y apellido:.....

Domicilio:.....

38) Testigos:

Nombre y apellido:.....

Domicilio:.....

39) Observaciones:

.....
.....

D) Otros datos:

40) ¿Se instruyo sumario policial?..... 41) ¿A que autoridad fue elevado? (Si es juez, indicar la
Secretaria).....

42) ¿Ha sufrido antes otros accidentes?..... 43) Fechas:.....

44) Lugar y fecha en que se hace esta denuncia:.....

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

46) Quien es el denunciante:.....

47) Denunciante: Nombre:.....

Apellido:.....

Firma:.....

.....
FIRMA PATRONAL