



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**



**DENUNCIA DE SINIESTRO
ACCIDENTES PERSONALES**

12

Avda. 51 N° 770 (B1900AWP) La Plata
www.fedpat.com.ar / seguros@fedpat.com.ar

N° DE NOTIFICACIÓN 0-800:

FECHA DE NOTIFICACIÓN:

PÓLIZA N°:

CERTIFICADO N°:

DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE

Nombre:			C.U.I.T.:
Domicilio:	Localidad:	CPA	Provincia:
Teléfono:	Correo electrónico:		

DATOS PERSONALES DEL ACCIDENTADO / CAUSANTE

Apellido y Nombre:			
Documento tipo:	N°	CUIL:	Estado Civil:
Horario de Trabajo:	Sábados desde:	hasta:	Horario habitual desde hasta:
Domicilio:			Piso:
Localidad:	CPA	Provincia:	Teléfono:

DATOS DEL ACCIDENTE

Fecha:	Hora de inicio Jornada	Hora del Accidente:		
Fecha:	En otro centro o lugar de trabajo	Al ir o volver del trabajo	Desplazamiento en día laboral	Otro
Lugar donde ocurrió el accidente (Tanto en caso de accidente de trabajo como in itinere):				
Localidad:		Provincia:		

Breve descripción de los hechos:

COMPLETAR SOLO EN CASO DE ACCIDENTE IN-ITINERE

Medio de Transporte utilizado por el accidentado al momento del accidente:

En caso de accidente In Itinere le solicitamos nos remita dentro de las primeras 96 horas después del accidente la siguiente documentación:

- Copia certificada por autoridad competente de la licencia de conductor.
- Detalle del recorrido que efectúa habitualmente (descripción textual y gráfica).
- Comprobante de horario de entrada al trabajo y horario de salida del mismo.
- Denuncia Policial (De corresponder).
- Copia de 1ª y 2ª hoja de DNI del trabajador accidentado.

INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Zona afectada del cuerpo:	
Lesión sufrida:	
Fecha en que abandonó el trabajo	Hora:
Tarea habitual del Accidentado:	

PRESTADOR O CENTRO MÉDICO QUE EFECTUÓ LA ATENCIÓN INMEDIATA

Nombre:		Localidad:	
Dirección			
CPA:	Provincia:	País	Teléfono:
¿EL ACCIDENTADO SE ENCUENTRA INTERNADO EN EL PRESTADOR?		SI	NO

Lugar:

Fecha:

Aclaración:

DNI:

Firma

Importante:

En virtud de la Normativa vigente (Artículo 7° de la Resolución Normativa ARBA N° 22/2013) en caso de siniestro en que el beneficiario sea una persona distinta de aquella que abonó la prima del seguro, esta Aseguradora se encuentra obligada a requerir la presentación de la Declaración Jurada del Impuesto a la Transmisión Gratuita de Bienes y, de corresponder, la acreditación del pago del tributo; lo cual deberá cumplimentar el beneficiario como un requisito adicional a los establecidos por la Compañía a efectos de ser indemnizado.