

CONTRATANTE DE PÓLIZA		Siniestro N°		Póliza N°	
Nombre y apellido completo / Razón social / Organismo público:					
DETALLE DEL SINIESTRO					
DATOS DEL ACCIDENTADO		Nombre y apellido completo:			
Tipo de Documento:	Número:	CUIT-CUIL-CDI:	Actividad principal:		
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Estado civil:	Nacionalidad	Lugar de nacimiento:	
Domicilio real / Legal – Calle y N°:					
Barrio:	Localidad:	Provincia:	CP:		
Correo electrónico:			Teléfono: ()		
CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS AL ACCIDENTE		Fecha:		Hora:	
Lugar:					
Describir detalladamente como ocurrió el hecho:					
El siniestro se produjo con uso de motocicleta o vehículos similares:			¿A que autoridad fue elevado? (Si es juez indicar secretaría)		
Otros Datos - ¿Se instruyó sumario policial? SI [] NO []			Autoridad ante quien se efectúa:		
¿Ha sufrido otros accidentes? SI [] NO []			Indicar lugar y fecha:		
DATOS RECLAMANTE		Nombre y apellido completo / Razón social:			
Tipo de Documento:	Número:	CUIT-CUIL-CDI:	Tipo de IVA:	Actividad principal:	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Estado civil:	Nacionalidad	Lugar de nacimiento:	
Domicilio real / Legal – Calle y N°:					
Barrio:	Localidad:	Provincia:	CP:		
Correo electrónico:			Teléfono: ()		
Parentesco o vínculo con el lesionado o fallecido:					
RIESGO RECLAMADO VINCULANTE		<input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente <input type="checkbox"/> Asistencia Médica			
SE ENTREGA FORMULARIO:		<input type="checkbox"/> Accidentes Personales – Asistencia Médica (AN-SIG-04) <input type="checkbox"/> Accidentes Personales – Muerte (AN-SIG-05) <input type="checkbox"/> Accidentes Personales – Invalidez Permanente (AN-SIG-06)			

Lugar y fecha

Firma y aclaración

FO-SIG-07 REV01