NUEVA

D E N U N C I A D E A C C I D E N T E

ASESEGUROS

DATOS DEL ASEGURADO

Cliente Nº : Póliza Nº : Fecha :

Nombre del Contratante:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido : Nombre:

Edad : Grado/Curso : Nivel: Turno:

DETALLE DEL ACCIDENTE

Fecha y Hora : Responsable a cargo:

Lugar : Actividad :

Tipo de lesion : Parte del cuerpo lesionada :

Grado de lesion:

Descripción del accidente y consecuencias :

Nombre del medico, institución o emergencia que lo asistió:

Se instruyo sumario policial? :

Documentacion a presentar para reintegro de gastos medicos por acciente: Denuncia original, Certificado de atencimon medica, diagnostico, Recetas de medicamentos, ordenes de practica, Facturas de gastos médicos con detalle de prestaciones (originales res. AFIP 3419).

Detalle de gastos a reintegrar:

Factura Nº	Fecha	Importe	Descripcion

Total a reintegrar

Declaramos que son verídicos y sinceros los datos consignados en el presente formulario, y que los gastos Cuyas facturas se adjuntan por $ fueron abonados en la fecha por ASE Seguros.

Firma, aclaración y sello del contratante

Firma y aclaración del responsable a cargo