

**DENUNCIA DE ACCIDENTES PARCIALES**  
**Declaracion del Asegurado**

Contratante : ..... Póliza N° : .....

Esta declaración debe llenarse y devolverse a la compañía sin demora alguna, dentro del plazo de 15 (quince) días de ocurrido el accidente. ....

Nombre/s y apellido/s : .....

Fecha de nacimiento : ..... DNI : ..... Teléfono : .....

Domicilio : ..... E-mail : .....

Lugar, fecha y hora del accidente : .....

Circunstancias del accidente y sus consecuencias : .....

Tareas que desempeña habitualmente : .....

¿Son las que efectuaba en el momento del accidente? SI  NO 

Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión : .....

Parte del cuerpo lesionado : .....

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

Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó auxilios : .....

Es actualmente atendido por el Dr. : .....

Prestándole asistencia médica en (consultorio, hospital, sanatorio) : .....

¿Se instruyó sumario policial? SI  NO 

En caso afirmativo, adjunte al presente formulario copia de su DNI e indíquenos a continuación la dirección para la entrega : .....

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que TPC Compañía de Seguros S.A pueda recabar cualquier información de cualquier médico y/o clínica y otras instituciones que alguna vez me hayan atendido y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Yo, abajo firmado, certifico que son sinceras y verídicas las declaraciones precedentes.

Firma y sello del contratante : ..... Lugar y fecha : .....