SWISS MEDICAL SEGUROS

Denuncia de siniestro - Accidentes personales

N° de Siniestro (completa la Cía.): _____ Póliza N°: 973224

Fecha de ocurrencia: ___ / ___ /____ Hora: ___ : ___ Lugar de ocurrencia: _____

Tipo de Siniestro:

Muerte Accidental ☐ Muerte en Ocasión de Robo ☐ Invalidez Parcial y Permanente por Accidente ☐ Invalidez Total y Permanente por Accidente ☐

Reembolso de Gastos por Asistencia Médico - Farmacéutica ☐ Renta Diaria por Internación Hospitalaria por Accidente ☐ Fractura de Huesos ☐

Sepelio ☐ Otros ☒ : ACCIDENTE

Datos del Tomador:

Nombre(s) y Apellido(s) o razón social: FEDERACION AMATEUR CORDOBESA DE HOCKEY DNI: _____ CUIT/CUIL: 30692950905

Domicilio: Calle: FEDERICO BRANDSEN N°: 320 Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: CORDOBA CAPITAL Provincia: CORDOBA País: ARGENTINA

Clase de Industria o Empresa: XXXXXXXXXXXXXXXX

¿Tiene ART?: SÍ ☐ NO ☐. ¿Cuál?: XXXXXXXXXXXXXXXXX Pólizas: XXXXXXXXXXX

Riesgos Cubiertos: XXXXXXXXXXXXXXXXXX ¿Denunció el siniestro?: SÍ ☐ NO ☐.

Tipo de calzada: XXXXXXXXXXXXXXXXX Estado de calzada: XXXXXXXXXXXXX

Datos del Asegurado accidentado:

Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ CUIT/CUIL: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Teléfono: 0☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ Ocupación: XXXXXXXXXXX Especialidad: XXXXXXXXXXXX

Categoría de trabajo (Jefe, Capataz, Oficial, Aprendiz): XXXXXXXXXXXXXXXXX Jornada habitual de trabajo desde: ___ : ___ hs. hasta: ___ : ___ hs.

Derecho - habientes (indicar sólo en caso de accidente mortal):

Nombre(s) y Apellido(s): XXXXXXXXXXXXXXXXXXX Parentesco: _____ País de Residencia: _____

Nombre(s) y Apellido(s): XXXXXXXXXXXXXXX Parentesco: _____ País de Residencia: _____

Nombre(s) y Apellido(s): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Parentesco: _____ País de Residencia: _____

Circunstancias del accidente:

Detalles del hecho:

Tareas habituales: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Aparato o máquina que produjo la lesión: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Partes del cuerpo lesionadas: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Lesiones sufridas: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha en que abandonó el trabajo: ___ / ___ /_____

Testigos:

Nombre(s) y Apellido(s): XXXXXXXXXXXXXX Relación con el accidentado: _____

Domicilio: Calle: XXXXXXXXXXXXXXXXXX N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: XXXXXXXXXXXXXXXXXXX Provincia: _____ Teléfono: 0 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nombre(s) y Apellido(s): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Relación con el accidentado: _____

Domicilio: Calle: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: XXXXXXXXXXXXXXXXXXX Provincia: _____ Teléfono: 0 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

Nombre(s) y Apellido(s): XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Relación con el accidentado: _____

Domicilio: Calle: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: XXXXXXXXXXXXXXXXXX Provincia: _____ Teléfono: 0 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐

Datos del prestador o centro médico:

Nombre del Médico o Establecimiento Sanitario que prestó su primera atención: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ País: _____

Actualmente atendido por el Dr. / Dra.: _____

Prestando asistencia médica en (Consultorio, Sanatorio, Hospital): _____

Importante: Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada.

Firma del Asegurado

Aclaración de firma

FEDERACIÓN AMATEUR CORDOBESA SOBRE CESPED HOCKEY

Firma del Accidentado

Aclaración de firma

UDE0719 Versión 10/2025