



DENUNCIAS DE SINIESTROS ACCIDENTES PERSONALES

Av. Belgrano 955 - Piso 31 - (C1092AAJ) - CAB
TE. 5278-3600 - www.evolucionseguros.com.ar -
info@evolucionseguros.com.ar

Fecha de notificación	Póliza nro:	Certificado nro:	
1.DATOS DEL TOMADOR / CONTRATANTE			
Apellido:	Nombre		
Razón Social:			
Doc. Identidad Tipo y Nro:	CUIT/CUIL	Telef:	
Domicilio:	Localidad:		
Provincia:	Nacionalidad:		
Actividad ó Profesión:			
Domicilio Real:	E-Mail		
2.DATOS DEL ACCIDENTADO / CAUSANTE			
Apellido:	Nombre		
Razón Social:			
Doc. Identidad Tipo y Nro:	CUIT/CUIL	Telef:	
Domicilio:	Localidad:		
Provincia:	Nacionalidad:		
Actividad ó Profesión:			
Domicilio Real:	E-Mail		
Vínculo ó con el Asegurado:			
3.DATOS DE LA PÓLIZA			
Matrícula:	Productor:	Ramo:	Pol/End.Itém
Cobertura Afectada:		Vig.Desde:	Vig.Hasta:
Ubicación del Riesgo:			
4.FECHA, HORA Y LUGAR DEL ACCIDENTE			
Fecha:	Hora Inicio Jorn.	Hora del Accid.	
En otro centro ó lugar de Trabajo <input type="checkbox"/>	Al ir ó volver del Trabajo:		<input type="checkbox"/>
Desplazamiento en día Laboral <input type="checkbox"/>	Otro:		<input type="checkbox"/>
Lugar exacto donde ocurrió el accidente:			
Domicilio:			
Localidad		Provincia	País
Detalles del Siniestro / Forma de ocurrencia:			
5. 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 1° y 2° hoja de DNI del trabajador accidentado