

Póliza N° _____ Siniestro N° _____

Este formulario debe ser completado y devuelto por el asegurado.
Esta denuncia, contestada en todas sus partes, sin omisión alguna, debe ser enviada a Berkley International Seguros S.A., en su Oficina Central, dentro de los tres días de conocido el acontecimiento del siniestro. Art. 46 y 47. Ley 17418

Datos del asegurado

Apellido y Nombres y/o Razón social _____

Calle _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____ Tel/Fax _____

Doc. Tipo DNI / LE / LC N° _____ C.U.I.T. N° _____ Ing. Brutos _____ Conv. Multilateral SI NO

Apellido y Nombres del accidentado _____

Calle _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____ Tel/Fax _____

Doc. Tipo DNI / LE / LC N° _____ Edad _____ Altura _____ Peso _____

Profesión u ocupación _____

1 Diga cuándo, dónde y en qué ocupación tuvo lugar el accidenteLugar _____ Fecha Hora _____**2 Diga cómo sucedió y lo que Ud. estaba haciendo en ese momento (Sírvese dar los detalles más completos)**

3 Diga qué lesiones ha sufrido

Si ha sufrido alguna vez una lesión en la misma región _____

4 Dé nombres y domicilios de los testigos del accidente

¿Intervino autoridad policial? _____

¿Se hizo sumario? _____ ¿Comisaría? _____

5 Dé el nombre y dirección del médico que atendió a Ud. cuando sufrió el accidente

_____ ¿Es el médico de siempre? _____

Nombre y domicilio del médico que lo atiende actualmente _____

6 ¿Está Ud. como consecuencia directa del accidente incapacitado para atender totalmente a sus ocupaciones habituales?

Desde _____

UNIDADES REGIONALES**Buenos Aires**

Torre Berkley, Carlos Pellegrini 1023 · Piso 2
C1009ABU · C.A.B.A.Tel. (011) 4378 8100 · bue@berkley.com.ar

Rosario

Mitre 699 · S2000COM · Rosario
Tel. (0341) 410 4200 · ros@berkley.com.ar

Córdoba

Av. Colón 675 · X5000EOC · Córdoba
Tel. (0351) 526 4500 · cba@berkley.com.ar

7 Si ahora está en condiciones de atender sus ocupaciones habituales aún en forma parcial

Diga desde qué fecha _____

Desde _____

8 Horario en que normalmente desempeña sus tareas

Declaro que las manifestaciones consignadas son verídicas _____

Firma _____

Aclaración _____

Fecha _____

Ningún reclamo será considerado sin el correspondiente certificado médico

UNIDADES REGIONALES

Buenos Aires

Torre Berkley, Carlos Pellegrini 1023 · Piso 2
C1009ABU · C.A.B.A. Tel. (011) 4378 8100 · bue@berkley.com.ar

Rosario

Mitre 699 · S2000COM · Rosario
Tel. (0341) 410 4200 · ros@berkley.com.ar

Córdoba

Av. Colón 675 · X5000EOC · Córdoba
Tel. (0351) 526 4500 · cba@berkley.com.ar