



**RIO URUGUAY
SEGUROS**

ACC. PERSONALES

DENUNCIA DE SINIESTROS

Esta denuncia deber ser contestada en todas sus partes, sin omisión alguna, en caso contrario no tendrá validez. Deberá ser presentada a “RIO URUGUAY COOP. DE SEGUROS LTDA”, dentro de los tres días de conocido el acontecimiento.

POLIZA N°

SINIESTRO N°

1-DATOS DEL TOMADOR DE LA POLIZA

Apellido y Nombre ó Razón Social: CONFEDERACION ARGENTINA DE BASQUETBOL _____

CLUB: _____ Asociación: _____

FEDERACION: _____

2-DATOS DEL ACCIDENTADO

Apellido y Nombre : _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: / / .-Sexo: _____ Peso _____ Altura _____

Estado Civil: _____ Documento: Tipo _____ N° _____

Dirección: _____ Código Postal: _____ Ciudad : _____

Provincia : _____ País: _____

Teléfono (1) : _____ Fax n°: _____ E-mail : _____

1.- Cuándo y dónde tuvo lugar el accidente

Fecha: _____

Hora: _____

Lugar: _____

2.- Diga como sucedió y lo que Ud. estaba haciendo en ese momento (partido oficial o entrenamiento)

3.- Explique:

a) ¿Qué lesiones ha sufrido?

b) Si ha sufrido alguna vez una lesión en la misma región

a) _____

b) _____

4)

a) Dé los nombres y domicilios de los testigos del accidente.-

a) _____

b) _____

b) ¿Intervino autoridad policial?	c) _____ d) _____
c) ¿Se hizo Sumario?	
d) Comisaría	
5)	a) _____ b) _____ c) _____
a) De el nombre, dirección y teléfono del médico que lo atendió cuando sufrió el accidente.	
b) ¿Es su médico de cabecera?	
c) Nombre y domicilio del médico que lo atiende actualmente.	
6) ¿Cuántos días aproximadamente le demandará la curación y reintegro a la actividad?	_____
8) Día y hora en que realizan los entrenamientos. ³	_____

- Declaro que las manifestaciones y detalles consignados son válidos
- Ningún reclamo será considerado sin el correspondiente certificado médico.

**PARA SER LEÍDO Y FIRMADO POR EL TOMADOR
AL MOMENTO DE EFECTIVIZAR LA DENUNCIA**

MUY IMPORTANTE

La atención del siniestro se realizará por reintegro contra presentación de comprobantes y hasta la suma asegurada para cada rubro convenido en la póliza y aplicando la franquicia, si la hubiere.-

Firma

_____ Firma del Tomador Aclaración: _____ Tipo y N° documento: _____	_____ Firma del denunciante Aclaración: _____ Tipo y N° documento: _____
--	--

LUGAR Y FECHA: _____