

Formulario de Denuncia de Siniestros Accidentes Personales

DATOS DE LA ENTIDAD CONTRATANTE:

Nombre del Accidentado:

N° de Póliza:

Tomador:

N° DNI/CUIL:

Edad:

Domicilio: Calle:

N°:

Piso:

Dpto.:

CP:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

DATOS DEL MEDICO ASISTENTE:

Nombre del Medico:

Atención Sanitaria en:

Numero de Matrícula:

DATOS DEL SINIESTRO:

Marque con una "X" lo que corresponda

Asistencia Médica Farmacéutica

Invalidez Total o Parcial por Accidente

Muerte

Lugar del Siniestro (Club):

Fecha:

Hora:

Domicilio del Club: Calle:

N°:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Breve Relato del Siniestro:

Al momento de liquidarse los importes inherentes al siniestro denunciado, siempre en caso de que correspondiere, el pago se realizará a la C.A.B.B. Confederación Argentina de Basquetbol a partir de la entrega completa de la documentación original. C.A.B.B., se compromete a indemnizar al lesionado realizando mediante transferencia bancaria en la cuenta que en este acto se informa:

CAJA DE AHORROS / CUENTA CORRIENTE (tachar lo que no corresponda)

Banco:

N° de Cuenta:

CBU:

Tipo de Cuenta:

Firmada en

el día

de

de

20

Firma del Asegurado

Aclaración:

D.N.I.: