

AMPLIACIÓN DE DENUNCIA



IAPSER ART
IAPSER SEGUROS

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social:	CUIT:
---------------	-------

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO EN QUE OCURRIÓ LA CONTINGENCIA

Denominación:	Actividad:	
Domicilio:		
Localidad:	Provincia:	País:

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y nombre:	CUIL:
Domicilio Real:	
Teléfono:	
Puesto de trabajo habitual:	
Puesto de trabajo en el momento del siniestro:	
Fecha de ingreso a la empresa: ___/___/___	Antigüedad en el puesto:
Jornada laboral habitual: Hora de inicio: ___ : ___ Hora de cierre: ___ : ___	

ACCIDENTE

Fecha: ___/___/___	Hora de inicio de la jornada: ___:___	Hora accidente: ___:___
Lugar del accidente:		
Modo y circunstancia en que tuvo lugar (mecánica del accidente y lesiones resultantes del mismo):		

PARA ACCIDENTES IN ITINERE

Calle / Altura / Intersección en que tuvo lugar:		
Intervención de terceros: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, describa:		
Puesto de trabajo habitual:		
Intervención policial: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		N° denuncia policial:
Testigos del hecho: Apellido y Nombre:		DNI:
Testigos del hecho: Apellido y Nombre:		DNI:
Centro Médico asistencial al que fue derivado el trabajador:		
Adjunta documentación médica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Fecha

Firma

Aclaración