

# DENUNCIA DE SINIESTROS DE SEGUROS DE PERSONAS ACCIDENTES PERSONALES Y/O VIDA



Enviar el formulario completo y la documentación respaldatoria a [denuncias@atmseguros.com.ar](mailto:denuncias@atmseguros.com.ar)  
con el Asunto: Denuncia de Seguros de Personas Póliza Nro (el que corresponda)

## DATOS DEL SEGURO

Contratante Tomador (Razón social o Apellido y nombre completo)  Póliza Nro.

Domicilio

Localidad  Provincia  CP

## DATOS PERSONALES (ASEGURADO ACCIDENTADO O FALLECIDO)

Asegurado (Apellido y nombre completo)

Tipo y N° documento  Nacionalidad  Fecha de Nac.

Localidad  Provincia  CP

Estado civil Soltero  Unión Convivencial  Casado  Divorciado

## DATOS LABORALES (COMPLETAR SOLO SI TIENE COBERTURA DE AP LABORAL)

Empresa donde presta servicio

Ocupación  Fecha de ingreso

## DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del accidente  Hora  Lugar

Realice una descripción breve y detallada de los hechos (incluir tareas realizadas al momento del accidente y lesiones sufridas)

## EN CASO DE ACCIDENTE

Indicar fecha y hora y unidad sanitaria y/o profesional/es que atendieron al accidentado

Diagnóstico, medicación y recomendaciones médicas (adjuntar copia)

Pronóstico y alta médica (adjuntar copia)

