

PARA SER COMPLETADO POR EL ACCIDENTADO Y FIRMADO POR EL RESPONSABLE DEL ÁREA

N° de Póliza: _____ Tomador: _____

Nombre del responsable del área _____ DNI: _____

Área/Sector: _____

Apellido y Nombre del lesionado: _____ DNI: _____

Tareas que realiza: _____

Horario habitual: Desde _____ h hasta _____ h

Lugar habitual de trabajo/dirección: _____

Dirección particular del lesionado: _____

DATOS DEL ACCIDENTE: Fecha: ____/____/____ Hora: ____ hs.

Lugar del hecho: _____

Descripción breve del hecho: _____

Indique si el accidente ocurrió en el trayecto: Domicilio–Trabajo Trabajo–Domicilio Otro

¿Intervino vehículo? No Si Tipo: Auto Moto Otro ¿cuál? _____

Condición del lesionado: Conductor Acompañante

Indique si usaba elementos de seguridad: No Si

Botas Gafas Guantes Casco Chaleco Cinturón No correspondía Otro

Indique cuáles: _____

¿Intervino la policía? ¿Realizó denuncia / exposición policial? Sí No

Declaro que la información consignada es veraz.

Firma Lesionado: _____ Aclaración: _____ DNI: _____

Firma responsable del área: _____ Aclaración: _____ DNI: _____

OFICINA SALTA

20 de Febrero 388
(4400) Salta
Tel: +54 (0387) 480 2205

CASA CENTRAL

Av. Leandro N. Alem 584, Piso 12
(1001) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel: +54 (011) 5236 4300
casacentral@beneficio.com.ar

OFICINA ROSARIO

Sarmiento 854 Piso 3 Oficina 8
(2000) Rosario
Tel: +54 (0341) 527 1071