



**Testigos:**

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_ Relación con el accidentado: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: 0

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_ Relación con el accidentado: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: 0

Nombre(s) y Apellido(s): \_\_\_\_\_ Relación con el accidentado: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: 0

**Datos del prestador o centro médico:**

Nombre del Médico o Establecimiento Sanitario que prestó su primera atención: \_\_\_\_\_

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Depto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Actualmente atendido por el Dr. / Dra.: \_\_\_\_\_

Prestando asistencia médica en (Consultorio, Sanatorio, Hospital): \_\_\_\_\_

**Importante: Los datos y demás referencias que se consignan tienen carácter de Declaración Jurada.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma

\_\_\_\_\_  
Firma del Accidentado

\_\_\_\_\_  
Aclaración de firma