



Instituto Autárquico Provincial del Seguro de Entre Ríos

Tel.: (0343) 4208888 / Fax: (0343) 4208882  
San Martín 918/56 C.P.A E3100AAT  
Paraná, Entre Ríos  
[www.institutoseguro.com.ar](http://www.institutoseguro.com.ar)

## SEGURO ACCIDENTES A DEPORTISTAS

### DENUNCIA DE ACCIDENTE

PÓLIZA N° ..... SINIESTRO N° .....  
Club ..... Teléfono .....  
Calle ..... N° ..... Localidad ..... Departamento .....  
Apellido y Nombre del Deportista .....  
Domicilio ..... Calle ..... N° ..... Localidad .....  
Deporte que practica: .....  
Representa al Club? SI  NO  Categoría: ..... Edad .....  
Apellido y Nombre de sus Padres o Representantes Legales .....

### CIRCUNSTANCIAS EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE

Cuenta con Obra Social ..... Especificar .....

Día ..... Mes ..... Año ..... Hora .....

Lugar donde ocurrió ..... Práctica  Evento

Circunstancias en que se produjo: (explicar detalladamente) .....

Actividad que efectuaba el accidentado en aquel momento: .....

Parte del cuerpo lesionado: .....

Nombre del médico o establecimiento transitorio que prestó primeros auxilios .....

¿Hubo testigos del accidente? .....

Nombres y Apellidos .....

Domicilios respectivos .....

¿Se instruyó sumario policial? .....

¿ A qué autoridad fue elevado? (si es Juez indíquese también Secretaría) .....

¿ Quién es el denunciante? (Padre, Representantes Legales, Directos, etc.) .....

Apellido y Nombre .....

Domicilio del Denunciante .....

Firma del Representante del club ..... Teléfono .....

Lugar y Fecha .....

**NOTA:** Este formulario debe remitirse junto con el **INFORME MÉDICO**, inmediatamente de producido el siniestro y copia de la planilla del Partido.