Formulario W1

Cliente Nº: _____/___

_____, ____ DE_____ DE 201__

Señores Compañía Aseguradora:

De nuestra consideración:

Por la presente, notificamos a ustedes el siguiente accidente/ hecho ocurrido en nuestra Institución:……...con Domicilio:.....

Localidad:..... T.E. .....

1) FECHA DEL ACCIDENTE:..... EDAD/ FECHA DE NACIMIENTO: .....

2) APELLIDO Y NOMBRE DEL ACCIDENTADO: .....

3) FORMA EN QUE OCURRIO EL HECHO (detallado por favor).....

.....

4) LUGAR DEL ACCIDENTE:.....

5) DAÑOS PRODUCIDOS- TIPO DE LESION:.....

.....

6) ATENCIÓN RECIBIDA:.....

PRESTADOR MEDICO .....

7) PRIMER DIAGNOSTICO MEDICO:.....

REMITO DE COMPROBANTES DE GASTOS DEL ACCIDENTE		
Prestador: médico / clínica / farmacia / etc	Nº factura	Importe
	Total:	$

Firma y sello Responsable del Colegio

_____

FAVOR ENVIAR ESTE FORMULARIO A: w1@walshproductores.com.ar o por FAX al nº que figura al pie de la presente.

José M. Walsh y Asoc. Productores Ases. de Seguros
Tucumán 3418 – B1712BFT – Castelar – Prov. de Bs. As - Argentina
Tel / Fax: (5411) 5292-8668/8669 - 4661-7723/7725
www.walshproductores.com.ar