



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**

Form. 786



**ALTA MEDICA DE ACCIDENTES PERSONALES
AP PRESTACIONAL**

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____ Hora: ____
 N° de Póliza: _____ N° de Certificado: _____ N° de Siniestro: _____

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido y Nombre _____ CUIL: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ CPA: _____
 Provincia: _____ Teléfono: _____ Fecha de Nac.: ____/____/____

DATOS DEL EMPLEADOR

Razón Social: _____ CUIT: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ CPA: _____
 Provincia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

DATOS DEL PRESTADOR

Razón Social: _____ CUIT: _____
 Domicilio: _____
 Localidad: _____ CPA: _____
 Provincia: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Fecha del Siniestro: ____/____/____ Fecha de Alta: _____

Diagnóstico de alta: _____
 Código (CIE 10) _____

TIPO DE ALTA

- ABANDONÓ EL TRATAMIENTO
- DEFUNCIÓN
- FIN DE TRATAMIENTO

INTERNACIÓN

DESDE ____/____/____ HASTA ____/____/____

OBSERVACIONES:

PROFESIONAL INTERVINIENTE

Nombre y Apellido: _____ MN o MP _____
 Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

 FIRMA DEL ACCIDENTADO / DERECHO HABIENTE

 FIRMA Y SELLO