



Siniestro N°

**DECLARACION JURADA**

**LIQUIDACIÓN DE PRESTACIONES DINERARIAS**

**DATOS DEL ASEGURADO**

Nombre y Apellido		Póliza	CUIT	Matrícula
Domicilio: Calle	N°	Localidad	CPA	Provincia
Correo electrónico				
@				

**DATOS DEL PRODUCTOR/ORGANIZADOR**

Nombre y Apellido	Número	Organización	Agencia
-------------------	--------	--------------	---------

**DATOS DEL ACCIDENTADO**

Apellido y Nombre		CUIL
Fecha del accidente	A cargo ART	Alta médica
Fecha de ingreso empresa	Contribuciones Patronales / Total %	

**REMUNERACIONES**

Mes	Año	Remunerativo	No Remunerativo	Días trabajados

**Declaramos que los datos surgen de los registros rubricados de esta empresa los que informamos a esa aseguradora con carácter de declaración jurada.**

Firma y sello del Empleador / Apoderado / Autorizado

Nombre y Apellido	Documento tipo	Número	Cargo
-------------------	----------------	--------	-------

**Documentación:** Desde la fecha de accidente hasta el alta médica o último período abonado **deberán presentar:**

• **Copia de recibos de sueldos firmados por el accidentado**

• **Copia de formulario 931 AFIP con recibo de pago.**

Podrá remitir la documentación escaneada a la dirección [dinerarias@fedpat.com.ar](mailto:dinerarias@fedpat.com.ar)