

PARTE DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO-SOLICITUD DE INDEMNIZACIÓN

Datos a cumplimentar por la compañía Nº SOLICITUD _____ FECHA RECEPCIÓN _____ OFIC. TRAMITADORA _____

Cumplimentar por el asegurado utilizando letras mayúsculas

DATOS PERSONALES

Póliza: ACAIP - ITT (PRODUCTIVIDAD)

Tomador del seguro: Sindicato >>> **acaip** (Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias)

Asegurado/a _____ F. Nacimiento _____

NIF asegurado/a _____ Tel. particular: _____ C.PENITENCIARIO _____

Dirección particular _____

Localidad _____ C. Postal _____ Provincia _____

Personal Funcionario o Laboral (marcar con una X lo que proceda): Funcionario Laboral

Cuenta Bancaria (IBAN): _____

DATOS DEL SINIESTRO

Origen del siniestro. (Marcar con una X lo que proceda): Enfermedad común Accidente no laboral

Enfermedad que padece _____

Descripción del accidente _____

El/la asegurado/a, en el día de mes de año, en el lugar de trabajo, sufrió un accidente de trabajo, consistente en una caída desde una altura de metros, produciendo una lesión en la pierna izquierda, concretamente en el hueso fémur, lo que le impide trabajar en sus funciones habituales. El accidente ocurrió a las horas de la mañana, durante el desarrollo de sus labores habituales. El siniestro fue comunicado inmediatamente a la empresa y a la Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social, así como a la Inspección de Trabajo y Seguridad Social. El accidente fue reconocido como tal por la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, en fecha de mes de año.

El/la asegurado/a declara que el accidente fue producido exclusivamente por causas de fuerza mayor, ajenas a su voluntad, y que no ha sufrido ningún tipo de culpa o negligencia. Asimismo, declara que el accidente no fue producido por causas de fuerza menor, ajenas a su voluntad, y que no ha sufrido ningún tipo de culpa o negligencia. El/la asegurado/a declara que el accidente fue producido exclusivamente por causas de fuerza mayor, ajenas a su voluntad, y que no ha sufrido ningún tipo de culpa o negligencia.

9"UVUc Zfa Ubh'WRHjZwUei Y"UUbHf]c"XYWUfUjQb'bc'VebHjYbY'jBY UWjH X'b]cW 'lUj]cbYg'gcVfygi 'YghLXc'XY'gUj X'mei eZdcf"UdfYgYbHfZU lcf]nUUtXcg"cg' XcVfcfYg Vebgi 'lXc'gUgVtca c'7 fb]WjGzGubUrf]cgZ'YhWZUei YZMj]HjY'jBzfa UjQb'Vea d'Ya YbHf]UfUA 5D: F9 : 5A =@5 FzYb'fYaV]Cb'Ve'b'YgHJgc'j]H X'XY' jbXYa b]nUjQb'AA

En _____, a _____ de _____ de _____

Don /Doña _____

Muy importante: junto a la presente declaración deberá de aportar:

- Fotocopia del DNI.
- Certificado firmado por el Director del Centro Penitenciario (original) donde se indique el número de días (de fecha a fecha) que se ha faltado al trabajo y se especifique el importe exacto del complemento de productividad que no se ha cobrado como consecuencia de esos días de baja.
- Fotocopia del número de cuenta bancaria donde aparezca nombre y apellidos del interesado
- Toda la documentación completa y de una vez se envía a la Calle Llodio 4 2ª planta, 28034 Madrid, Departamento Prestaciones Personas ITT