



OBRA SOCIAL DEL
PERSONAL MARITIMO

Cuarto: Que si / no hubo intervención policial, la misma se efectuó por intermedio de la seccional.....de la policía.....

Quinto: Que si/no hubo testigos. Los datos personales de los mismos son:.....
.....
.....
.....
.....(nombre completo, domicilio, teléfonos, mails).

Sexto: se considera o presume responsable del accidente a:.....
.....con domicilio en.....
.....Tel.....de nacionalidad.....de.....años de edad, en razón de (motivo).....
.....asegurado en la Compañía de Seguros.....con domicilio en.....

Séptimo: que la alteración de la salud al tener vinculación exclusiva con mi trabajo dependiente se configura como.....(accidente de trabajo/enfermedad profesional/accidente in itinere), encontrándome asegurado por la A.R.T.....con domicilio en.....siendo mi empleador.....
.....que desarrolla la actividad de.....con domicilio en....., de la ciudad de.....Provincia de.....tel....., siendo mis tareas dependientes:.....

Todo lo expuesto, reviste carácter de declaración jurada. Asimismo, me comprometo a brindar datos de iniciación de reclamo judicial (carátula, expte n°, juzgado interviniente, fuero, datos de mi letrado)

FIRMA

ACLARACION