



Berkley International ART S.A.
Carlos Pellegrini 1023, Piso 3
C1009ABU Buenos Aires, Argentina
Tel. 54 11 4378 8000 Fax 54 11 4378 8088
berkley@berkley.com.ar

Autorización de Prestaciones en Especie LEY 24557

Nombre y apellido del paciente / empleado/a:	Nombre del empleador:	Nº de contrato:
Nº de C.U.I.L.L.:	Nº de C.U.I.L.L.:	
Fecha y Hora del accidente:	Domicilio del empleador:	
Lugar en que se produjo el siniestro:	Prestador médico a visitar:	
Forma en que se produjo el siniestro:	Domicilio del prestador médico:	
	<hr/>	<hr/>
	<i>Firma</i>	<i>Aclaración</i>



Berkley International ART S.A.
Carlos Pellegrini 1023, Piso 3
C1009ABU Buenos Aires, Argentina
Tel. 54 11 4378 8000 Fax 54 11 4378 8088
berkley@berkley.com.ar

Autorización de Prestaciones en Especie LEY 24557

Nombre y apellido del paciente / empleado/a:	Nombre del empleador:	Nº de contrato:
Nº de C.U.I.L.L.:	Nº de C.U.I.L.L.:	
Fecha y Hora del accidente:	Domicilio del empleador:	
Lugar en que se produjo el siniestro:	Prestador médico a visitar:	
Forma en que se produjo el siniestro:	Domicilio del prestador médico:	
	<hr/>	<hr/>
	<i>Firma</i>	<i>Aclaración</i>



Berkley International ART S.A.
Carlos Pellegrini 1023, Piso 3
C1009ABU Buenos Aires, Argentina
Tel. 54 11 4378 8000 Fax 54 11 4378 8088
berkley@berkley.com.ar

Autorización de Prestaciones en Especie LEY 24557

Nombre y apellido del paciente / empleado/a:	Nombre del empleador:	Nº de contrato:
Nº de C.U.I.L.L.:	Nº de C.U.I.L.L.:	
Fecha y Hora del accidente:	Domicilio del empleador:	
Lugar en que se produjo el siniestro:	Prestador médico a visitar:	
Forma en que se produjo el siniestro:	Domicilio del prestador médico:	
	<hr/>	<hr/>
	<i>Firma</i>	<i>Aclaración</i>



Berkley International ART S.A.
Carlos Pellegrini 1023, Piso 3
C1009ABU Buenos Aires, Argentina
Tel. 54 11 4378 8000 Fax 54 11 4378 8088
berkley@berkley.com.ar

Autorización de Prestaciones en Especie LEY 24557

Nombre y apellido del paciente / empleado/a:	Nombre del empleador:	Nº de contrato:
Nº de C.U.I.L.L.:	Nº de C.U.I.L.L.:	
Fecha y Hora del accidente:	Domicilio del empleador:	
Lugar en que se produjo el siniestro:	Prestador médico a visitar:	
Forma en que se produjo el siniestro:	Domicilio del prestador médico:	
	<hr/>	<hr/>
	<i>Firma</i>	<i>Aclaración</i>



Berkley International ART S.A.
Carlos Pellegrini 1023, Piso 3
C1009ABU Buenos Aires, Argentina
Tel. 54 11 4378 8000 Fax 54 11 4378 8088
berkley@berkley.com.ar

Autorización de Prestaciones en Especie LEY 24557

Nombre y apellido del paciente / empleado/a:	Nombre del empleador:	Nº de contrato:
Nº de C.U.I.L.L.:	Nº de C.U.I.L.L.:	
Fecha y Hora del accidente:	Domicilio del empleador:	
Lugar en que se produjo el siniestro:	Prestador médico a visitar:	
Forma en que se produjo el siniestro:	Domicilio del prestador médico:	
	<hr/>	<hr/>
	<i>Firma</i>	<i>Aclaración</i>



Berkley International ART S.A.
Carlos Pellegrini 1023, Piso 3
C1009ABU Buenos Aires, Argentina
Tel. 54 11 4378 8000 Fax 54 11 4378 8088
berkley@berkley.com.ar

Autorización de Prestaciones en Especie LEY 24557

Nombre y apellido del paciente / empleado/a:	Nombre del empleador:	Nº de contrato:
Nº de C.U.I.L.L.:	Nº de C.U.I.L.L.:	
Fecha y Hora del accidente:	Domicilio del empleador:	
Lugar en que se produjo el siniestro:	Prestador médico a visitar:	
Forma en que se produjo el siniestro:	Domicilio del prestador médico:	
	<hr/>	<hr/>
	<i>Firma</i>	<i>Aclaración</i>