

**DENUNCIA DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES**

Para ser completada por el asegurado

Apellido y nombre del accidentado:	Edad:
Dirección:	Teléfono:
Profesión:	
Tareas que desempeña habitualmente:	
Son las que efectuaba al momento del accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha, hora y lugar del accidente:	
Teléfono:	
Circunstancias en las que se produjo el accidente y sus consecuencias:	
Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión:	
Parte del cuerpo lesionada:	
Tipo de lesión sufrida:	
Nombre del establecimiento sanitario y médico tratante que le prestó primeros auxilios:	
¿Se instituyó sumario policial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Sufrió la amputación total o parcial de algún miembro o dedo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo ¿Cuál?	

**DATOS DEL ASEGURADO / CONTRATANTE**

Póliza N°	Certificado N°	Monto asegurado:
Apellido y nombre del asegurado:	Edad:	
Ausencia del trabajo por este accidente:	Desde / /	Hasta / /
Empleado desde: / /	Asegurado desde: / /	

Declaro que son verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma del Contratante y Aclaración

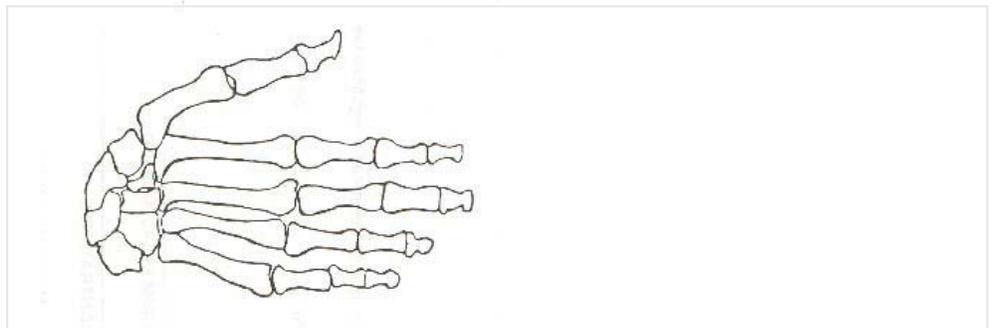
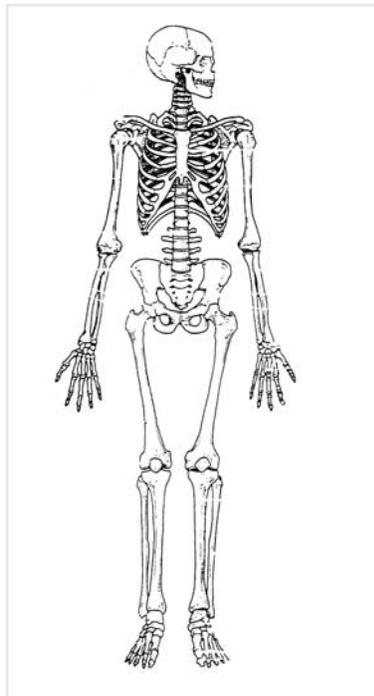
Fecha



### DECLARACION DEL MEDICO ASISTENCIAL

El asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo y remitirla a la Compañía dentro de las 72 hs. de ocurrido el accidente.

1. Actitud del miembro (deformaciones, acortamiento, etc.)
2. Estado de la piel (cicatrices adherentes o no, dolorosas o indoloras, úlceras de decubitos, fístulas, etc.)
3. Estado de los músculos <input type="checkbox"/> Trofismo <input type="checkbox"/> Tonicidad <input type="checkbox"/> Otros
4. Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos)
5. Movilidad pasiva <input type="checkbox"/> Rigidez <input type="checkbox"/> Anquilosis • Grado de movimiento:
6. Movilidad activa (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc.) Especificando los grados de movimiento.
7. Las lesiones que presenta el asegurado son definitivas o existen posibilidades de recuperación?
8. Fecha probable de alta médica
9. Describa las posibles secuelas
10. Diagnóstico por imágenes: <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> RNM <input type="checkbox"/> TAC <input type="checkbox"/> Otros:
11. Otros datos complementarios:



Se ruega al médico asistencial indicar en el esquema el sitio de las lesiones.

Declaro que son verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

\_\_\_\_\_  
Nombre y apellido del médico asistente

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del médico asistente