



Meridional
SEGUROS

Tte. Gral. Juan D. Perón 646 4° Piso (1036) Buenos Aires
Tel. (541) 49097000 Fax (541) 43260106

SELLO DE RECEPCION

DENUNCIA DE SINIESTRO
ACCIDENTES PERSONALES
PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

CONTRATANTE

POLIZA N°

Esta declaración debe llenarse y devolverse a la compañía sin demora alguna, dentro del plazo de quince días de ocurrido el accidente..

APELLIDO Y NOMBRE EDAD

DOMICILIO TELEFONO

LUGAR, FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE

CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE Y SUS CONSECUENCIAS

PROFESIÓN

TAREAS QUE DESEMPEÑA HABITUALMENTE

SON LAS QUE EFECTUABA AL MOMENTO DEL ACCIDENTE? SI NO

PARTE DEL APARATO, MAQUINA O UTIL QUE PRODUJO LA LESION

PARTE DEL CUERPO LESIONADA

LESION SUFRIDA (LLAGAS, CONTUSIONES, DESGARRADURAS, CORTADURAS, LACERACIONES, FRACTURAS, CONMOCIONES, ETC.)

NOMBRE DEL MEDICO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO QUE LE PRESTO **PRIMEROS AUXILIOS**.

ES ACTUALMENTE ATENDIDO POR EL DR.

PRESTÁNDOLE ASISTENCIA MEDICA EN: CONSULTORIO HOSPITAL SANATORIO

CUAL?

SE INSTRUYO SUMARIO POLICIAL? SI NO

SUFRIÓ LA AMPUTACIÓN TOTAL DE ALGUN MIEMBRO O DEDO?

YO, ABAJO FIRMADO, CERTIFICO QUE SON SINCERAS Y VERIDICAS LAS DECLARACIONES PRECEDENTES

Fechado en, el de de 200...

.....
Firma y Aclaración del Asegurado

SEGURO COLECTIVO – INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

POLIZA N° CERTIFICADO N° MONTO ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO: EDAD

AUSENCIA AL TRABAJO POR ESTE ACCIDENTE DESDE HASTA

EMPLEADO DESDE: ASEGURADO DESDE:

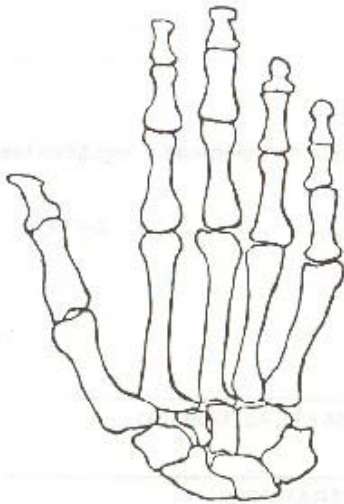
LUGAR Y FECHA:

FIRMA Y SELLO

DECLARACIÓN DEL MEDICO ASISTENTE

El Asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo y remitirla a la Compañía dentro de los quince días 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 (trofismo, tonicidad)
.....
4. Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos)
.....
5. Movilidad pasiva (rigidez, anquilosis, especificando los grados 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. Otros datos complementarios



Se ruega al Sr. Médico Asistente
indicar en el esquema el sitio de
las lesiones

Fecha en, el de de 200...

.....
Nombre y Apellido
del Médico Asistente

.....
Firma y Sello
del Médico Asistente