



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 72hs. 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

Fecha 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:

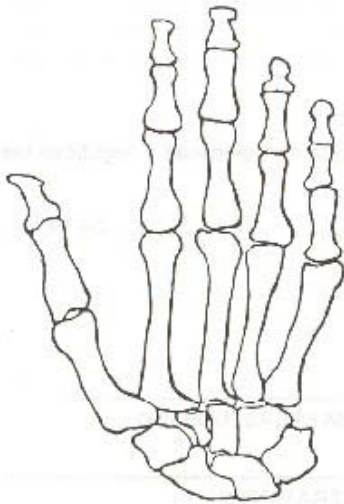
LUGAR Y FECHA:

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

GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE SINIESTROS

ACCIDENTES PERSONALES

QUE SE DEBE HACER EN EL CASO DE UN SINIESTRO:

Deberá denunciarse dentro de las 72 hs. de haber ocurrido el accidente (ley de Seguros, artículo 46) mediante formulario que deberá cumplimentarse en todas las partes. El mismo deberá presentarlo el siniestrado o, en su defecto, la persona que este designe.

CUALES SON LOS DOCUMENTOS QUE DEBEN PRESENTARSE EN CASO DE SINIESTRO:

Muerte accidental	Denuncia Policial, y si se ha labrado una denuncia penal copia de la misma. Certificado de defunción. Documentación filiatoria. Declaración judicial de herederos.
Invalidez total y/o parcial permanente	Copia de la historia clínica completa. Certificados médicos quincenales de evolución. Certificado médico de alta definitiva.
Reembolso de gastos médicos-farmacéuticos	Certificado médico. Facturas originales para reintegros. Resultados de estudios. Historia clínica.

COMO DEBE SER LA DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR:

En el caso de muerte, si no hay beneficiarios designados en la póliza, será imprescindible presentar la declaración judicial de herederos.

Si no es posible conseguir la declaración judicial de herederos, se depositara judicialmente la indemnización a nombre de la sucesión del asegurado fallecido.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE DENUNCIA DE ACCIDENTE

Datos del accidentado: consignar apellido y nombre, edad, domicilio, teléfono.

Datos del hecho: completar lugar, fecha y hora de lo ocurrido (nombre del club o dirección donde sucedió el accidente).

Circunstancias del accidente y sus consecuencias: relatar como ocurrió el hecho y describir la lesión sufrida.

Información complementaria del accidentado

Profesión (jugador/a de hockey)

Tareas que desempeña habitualmente (práctica de hockey sobre césped)

Son las que desempeña habitualmente (marcar la opción que corresponda)

Parte del aparato, maquina o útil que produjo la lesión (palo de hockey, bocha, etc.)

Parte del cuerpo lesionada (describirla)

Lesión sufrida (detallar el tipo de lesión)

Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios (profesional del club local, sala de urgencias, hospital, clínica, otro)

Es actualmente atendido por el Dr. (quien lleva el tratamiento)

Prestándole atención médica en (marcar la opción que corresponda)

¿Cuál? (nombre de la institución)

¿Se instruyó sumario policial? (marcar la opción que corresponda)

¿Sufrió la amputación total de algún miembro o dedo? (describirla)

Fechado en (lugar), *el* (día), *de* (mes) *de* 20__ (año)

SEGURO COLECTIVO – INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE (reservado para la aseguradora)

DECLARACIÓN DEL MEDICO ASISTENTE (a completar por el profesional interviniente)