

**DOCUMENTACION REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO**

**ACCIDENTES PERSONALES**

**COBERTURA: ACCIDENTES Y/O DESMEMBRAMIENTO**

Formulario de Denuncia de Accidente y/o Desmembramiento – Declaración del Asegurado-.	
Formulario de Denuncia de Accidente y/o Desmembramiento – Declaración del Medico-.	
Copia de la causa judicial del accidente, incluyendo resultados de alcoholemia y tóxicos.	
Copia de los dos últimos recibos de sueldo (si se trata de asegurado en relación de dependencia).	
Certificado de alta médica y secuelas.	
Copia del documento del asegurado.	

**DENUNCIA DE ACCIDENTES Y/O DESMEMBRAMIENTO**  
**DECLARACION DEL ASEGURADO - SEGURO DE VIDA**

POLIZA N° \_\_\_\_\_

Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas y remitirse a la Compañía dentro del plazo de quince días de ocurrido el accidente.

**1. Asegurado**

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2. Datos sobre el Accidente** Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física

1. Actitud del miembro (deformaciones, acortamientos, etc.) \_\_\_\_\_

2. Lugar, fecha y hora del accidente \_\_\_\_\_

3. Circunstancia del accidente y sus consecuencias \_\_\_\_\_

4. Tareas que desempeña habitualmente \_\_\_\_\_

4.1. Son las que efectuaba en el momento del accidente \_\_\_\_\_

5. Maquinaria o instrumento que produjo el accidente \_\_\_\_\_

6. Parte del cuerpo lesionado \_\_\_\_\_

7. Lesión sufrida (llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, otras.) \_\_\_\_\_

8. Nombre del Médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios \_\_\_\_\_

9. Es actualmente atendido por el Doctor \_\_\_\_\_

10. Prestándole asistencia médica en (Consultorio, hospital, sanatorio) \_\_\_\_\_

11. Se instruyó sumario policial? (En caso de existir, presentar copia) \_\_\_\_\_

12. Sufrió la amputación total de algún miembro o dedo? \_\_\_\_\_

Certifico que las declaraciones precedentes son sinceras y verídicas.

Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Nombre y Apellido del Asegurado

## DENUNCIA DE ACCIDENTE Y/O DESMEMBRAMIENTO DECLARACIÓN DEL MÉDICO - SEGURO DE VIDA

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad.  
Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.  
El Asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo, y remitir a la Compañía dentro de los quince días de ocurrido el accidente.

### 1. Asegurado

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 2. Datos - Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física al momento del accidente.

1. Actitud del miembro (deformaciones, acortamientos, etc.): \_\_\_\_\_
2. Estado de la piel (cicatrices adherentes o no, dolorosas o indoloras, úlceras de decúbitos, fístulas, etc.) \_\_\_\_\_
3. Estado de los músculos (trofismo y 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 fuerzas, 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 Médico Asistente  
Indicar en el esquema el sitio  
De las lesiones.**



Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nombre y Apellido del médico asistente

Firma del médico asistente

Domicilio y Teléfono

Matrícula N°