

## 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:	
Email del lesionado:	
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: / /	
Email del asegurado:		

Declaro que son verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma del Contratante y Aclaración: .....

Fecha: .....

Esta información debe ser suministrada a Meridional Seguros, dentro de las 72 hs. de sufrido el Hecho.  
Puede enviarse por Fax al 0-800-3333-244 o a Pte. Tte. Gral. Perón 646 - 4to. piso - (1038) Capital Federal - División Siniestros.



## DECLARACIÓN DEL MÉDICO 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  Trofismo  Tonicidad  Otros

4. Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos)

5. Movilidad pasiva  Rigidez  Anquilosis • Grado de movimiento:

6. Movilidad activa (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc.) Especificando los grados de movimiento.

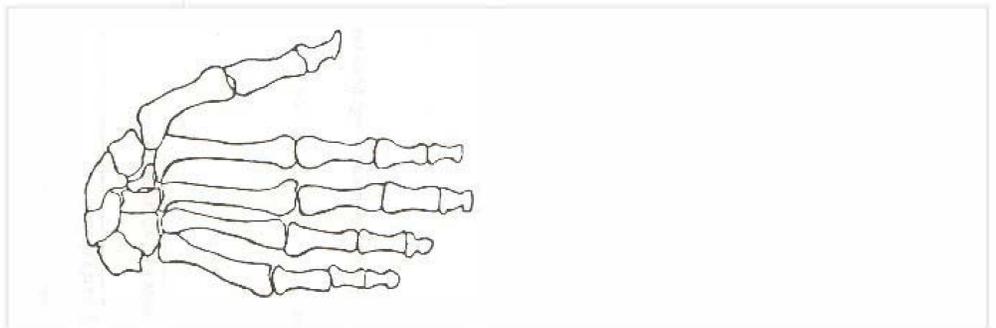
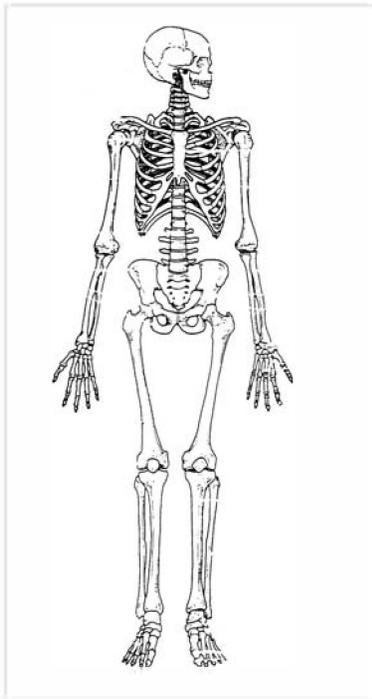
7. Las lesiones que presenta el asegurado son definitivas o existen posibilidades de recuperación?

8. Fecha probable de alta médica

9. Describa las posibles secuelas

10. Diagnóstico por imágenes:  RX  RNM  TAC  Otros:

11. Otros datos complementarios:



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

Declaro que son verdícas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma del contratante y aclaración: .....

Fecha: .....