

DENUNCIA DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES

Para ser completada por el asegurado

Apellido y nombre del accidentado: VIENTE SOFIA

Edad: 10

Dirección: HONDURAS 1805 - LANUS

DNI: 50418142

Profesión: ESTUDIANTE / DEPORTISTA

Tareas que desempeña habitualmente: ESTUDIO / DEPORTE

Son las que efectuaba al momento del accidente? ☒ Si ☐ No

Fecha, hora y lugar del accidente: 18/02/2021 - 17:30 - OLIDEN 2623

Email del lesionado:

Teléfono:

Circunstancias en las que se produjo el accidente y sus consecuencias: ESTABA ENTRENANDO HANDBALL, SE TIRA A AGARRAR UNA PELOTA Y GOLPEA EL HOMBRO CON LA RODILLA DE UNA COMPAÑERA. —

Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión: —

Parte del cuerpo lesionada: CLAVICULA

Tipo de lesión sufrida: FRACTURA

Nombre del establecimiento sanitario y médico tratante que le prestó primeros auxilios: SUIZO ARGENTINA

¿Se instituyó sumario policial? ☐ Si ☒ No¿Sufrió la amputación total o parcial de algún miembro o dedo? ☐ Si ☐ 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:

ALEJANDRO E. LOPEZ

Fecha:

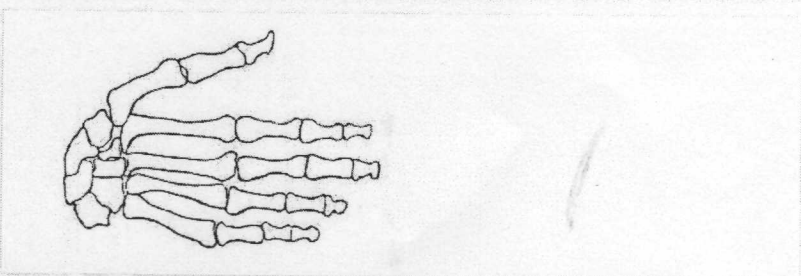
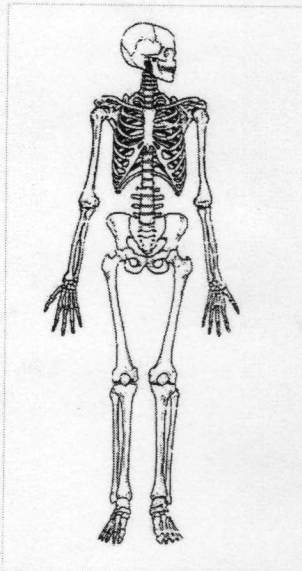
LANUS, 19 de Febrero de 2021



DECLARACIÓN DEL MÉDICO ASISTENCIAL

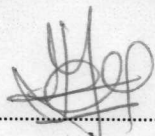
El asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo y remitirla a la Compañía dentro de las 72 hs. de ocurrido el accidente.

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 verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma del contratante y aclaración:  **ALEJANDRO E. LOPEZ**

Fecha: **LANÚS, 19 de Febrero de 2021**



CONSENTIMIENTO DEL TITULAR DE LOS DATOS

Consiento expresamente que La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A., trate mis datos personales con el objeto de cumplir con sus obligaciones contractuales y las leyes laborales, previsionales e impositivas y realizar todas las actividades que tengan por objeto el cumplimiento del objeto social, incluyendo las actividades de recursos humanos y la prestación del servicio de seguro.

Asimismo, consiento que mis datos personales puedan ser transferidos a jurisdicciones que no posean normativa de protección de datos personales similares o adecuadas a la Argentina, cuando la empresa proporcione medidas de seguridad y confidencialidad de los mismos.

Tomo conocimiento que los destinatarios de los datos personales serán La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A., sus afiliadas y empresas relacionadas y que tengo el derecho de acceso, información, rectificación, actualización y supresión de los mismos.

Los datos personales están sujetos a la política de privacidad que se encuentra a disposición en el sitio **www.meridionalseguros.com.ar**

EN CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA N° 14/18 Y 47/18 SE INFORMA LO SIGUIENTE:

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326".

"La **AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA**, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

Nombre, apellido y DNI: ALEJANDRO E. LOPEZ 17.408.916

Lugar y Fecha: LANUS, 19 de Febrero de 2021

Firma: 

