

FORMULARIO DENUNCIA DE SINIESTRO
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

EXPERTA
SEGUROS

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA - ADJUNTAR DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.

PÓLIZA N°

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellido: **ABRIL HENKEL** DNI: _____
Domicilio: **PAYSANDU 535**
Teléfono: **(011) 4973-8998** Mail: **abrilhenkel@gmail.com**
Lugar del accidente: **GIMNASIO SAGUADO CORIAZAN Pedro Bourel 2854** Fecha: **25/07/23** Hora: **20:00 Hs.**
Circunstancias del accidente y sus consecuencias: **entrenamiento de handball, en situación de concha golpe, al saltar y caer, se lesiona su rodilla derecha**
Tareas que desempeña habitualmente: **JUGADORA DE HANDBALL Y ESTUDIANTE DE EDUCACION FISICA**
¿Son las que efectuaba en el momento del accidente? SI ☒ NO ☐ ¿Es usted zurdo? SI ☒ NO ☐
En caso que el accidente haya ocurrido en el lugar de trabajo, indique domicilio del establecimiento: **Pedro Bourel 2854**
Florencia Varela Hora de inicio de Jornada: **17** Hora de cierre de Jornada: **23**
☒ En el Trabajo ☐ Desplazamiento en jornada laboral ☐ Al ir o volver del trabajo ☐ En otro lugar (de trabajo)
Otros (detalle): _____

TESTIGOS - SUMARIO

Nombre y apellido: **LIDIA NANCY QUESA** Domicilio: **Geneta Villegas 1255** Teléfono: **11-5027-5094**
Nombre y apellido: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____
¿Se intruyó sumario policial? SI ☐ NO ☒ Comisaría: _____

PARTE DEL CUERPO LESIONADA Y TRATAMIENTO

Lesiones sufridas: **Rotura Ligamento Cruzado Anterior**
Nombre del médico o establecimiento que prestó Primeros Auxilios: **SANATORIO MODERNO OLMUES**
Domicilio: **ANDRES BARANDA 282, OLMUES, BS AS** Teléfono: **4350-3800**
Nombre de la institución donde actualmente se le presta asistencia médica: **SANATORIO MODERNO OLMUES**
Domicilio: **ANDRES BARANDA 282, OLMUES, BS AS** Teléfono: **4350-3800**
Detalle el tratamiento completo recibido: _____
¿Ha sufrido antes otros accidentes que hayan dejado secuelas? ¿Cuáles y cuándo? **NO**

MEDICACIÓN RECIBIDA:

Detalle droga genérica o nombre comercial, dosis recibidas, frecuencia, periodo y todo otro detalle de intereses:

Declaro que la información suministrada en el presente formulario es verdadera y completa. Autorizo a EXPERTA Seguros S.A.U. pueda solicitar información a cualquier médico y/o clínica o cualquier otra institución que alguna vez me hayan asistido y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna y por la presente autorizo la entrega de la respectiva información / documentación.

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ADJUNTAR EL ASEGURADO

- Fotocopia D.N.I. o Cédula de identidad MERCOSUR.
- Copia de la Historia Clínica completa labrada con motivo del accidente que aquí se denuncia. Detalle de diagnóstico, tratamientos recibidos y medicamentos suministrados.
- Copia de todos los estudios complementarios (laboratorios, imágenes, interconsultas, etc.)
- Historia clínica de los tratamientos de rehabilitación realizados (de corresponder).
- Facturas originales de los gastos sanitarios, honorarios médicos y gastos farmacéuticos realizados con motivo del accidente y copia de cada prescripción médica. En caso corresponder.
- Formulario anexo de "Informe del Médico" (En caso de incapacidad permanente) - Dictamen de la Comisión Médica interviniente con certificación del firmante- Fotocopia íntegra del sumario judicial labrado con motivo del accidente, si se hubiese realizado.
- Comprobante de la CBU de la cuenta bancaria a la que, en caso de corresponder, desea se le abone la correspondiente indemnización.

Lugar y Fecha: **Florencia Varela,** de Agosto 2023 **Abriel Henkel**
Firma Aclaración

EXPERTA SEGUROS S.A.U.
Avenida Del Libertador 6902 Piso 12 (C1429BMP) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Centro de Atención al cliente: 0800-7777-278 | clientes@experta.com.ar | www.experta.com.ar