

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 ▶ Matias Rey DNI ▶ 41427450
Domicilio ▶ Lacroze 657
Teléfono ▶ (11) 60386113 E-mail ▶ _____
Lugar del accidente Universidad nacional de Quilmes Fecha ▶ 4/8/2024 Hora ▶ 20:00

Circunstancias del accidente y sus consecuencias ▶ Jugando la primera fecha del clausura luego de un mal movimiento con mi rodilla derecha donde giro, queda trabada y se rompe el ligamento cruzado posterior

Tareas que desempeña habitualmente ▶ Jugador
¿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 ▶ _____
Hora de inicio de Jornada ▶ _____ Hora de cierre de Jornada ▶ _____
☐ 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 ▶ Martin Triscali Domicilio ▶ Vignes 1150 Teléfono ▶ 1150535154
Nombre y apellido ▶ Nicolas ulrich Domicilio ▶ Castelli 140 Teléfono ▶ 1157404355
¿Se intruyo sumario policial? SI ☐ NO ☒ Comisaría ▶ _____

PARTE DEL CUERPO LESIONADA Y TRATAMIENTO

Lesiones sufridas ▶ Rotura del Ligamiento cruzado posterior de la rodilla derecha
Nombre del médico o establecimiento que prestó Primeros Auxilios ▶ Dim ramos Mejía
Domicilio ▶ Avenida rivadavia 14252 / Monteagudo 50 Teléfono ▶ _____
Nombre de la institución donde actualmente se le presta asistencia médica ▶ Hospital italiano de san justo
Domicilio ▶ Juan domingo peron 2231 Teléfono ▶ _____
Detalle el tratamiento completo recibido ▶ Resonancia de rodilla derecha e Inmovilizar la rodilla con férula
¿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:

Diflofenac 2 x día durante 2 semanas

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 sanatoriales, 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 ▶ 28/8/2024 Haedo


Firma

Matias Rey
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