

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 ▶ DELFINA OBLJUBEK DNI ▶ 49.210.236
Domicilio ▶ ALBERDI 2936 1º A
Teléfono ▶ (011) 6155-5562 E-mail ▶ obljubek1@gmail.com
Lugar del accidente ▶ gimnasio Sagrado Corazon P. Bouvart 2854 Fecha ▶ 27/10/24 Hora ▶ 15:30 Hrs.
Circunstancias del accidente y sus consecuencias ▶ en partido de handball femenino post lanzamiento, recibe empujon que desestabiliza en el aire y cae, golpeando la boca.
Tareas que desempeña habitualmente ▶ jugadora de handball
¿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 ▶ KLAUS FERNANDA Domicilio ▶ Castelli 174 fV Teléfono ▶ 11-5957-8538
Nombre y apellido ▶ RODRIGUEZ RAMIRO Domicilio ▶ Magallanes 591 fV Teléfono ▶ 11-2386-4818
¿Se intruyo sumario policial? SI ☐ NO ☐ Comisaría ▶

PARTE DEL CUERPO LESIONADA Y TRATAMIENTO

Lesiones sufridas ▶ Fractura de los Incisivos Centrales

Nombre del médico o establecimiento que prestó Primeros Auxilios ▶ García Alicia Mabel
Domicilio ▶ Monseñor de las cosas 1202 / Pablo Albarracín 1226 fV Teléfono ▶ 1161813643
Nombre de la institución donde actualmente se le presta asistencia médica ▶
Domicilio ▶ Teléfono ▶

Detalle el tratamiento completo recibido ▶ Reconstrucción con material de restauración y técnico de collage
¿Ha sufrido antes otros accidentes que hayan dejado secuelas? ¿Cuáles y cuándo? ▶ SI 16/04/23
fractura tabique nasal. Atención Hospital Municipal Laracorde.

MEDICACIÓN RECIBIDA:

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

Amoxicilina 850 1 c/12 hs por 7 días
ketorolac 1 c/8 hs. por 2 días

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 DNI 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 ▶ Fco Varela, 28 octubre 2024

[Firma] DNI 22.383.111 Aclaración
Silvia Linares (madre)

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