

Nº de póliza/Certificado: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**RIESGOS CUBIERTOS**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fracturas     | <input type="checkbox"/> Hospitalización                |
| <input type="checkbox"/> Dislocaciones | <input type="checkbox"/> Asistencia médico farmacéutica |
| <input type="checkbox"/> Quemaduras    | <input type="checkbox"/> Invalidez                      |

**DATOS DEL ASEGURADO**

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento:  DNI  LE  LC  CI  Otro \_\_\_\_\_

Rasgos distintivos: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Mts. Peso: \_\_\_\_\_ Kg.

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante el tratamiento que da lugar al reclamo peticionado (se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible).

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

1. Breve descripción del hecho manifestada por el accidentado	_____ _____ _____
2. ¿Cuándo comenzó a asistirlo por la lesión que reclama? (precisar la fecha según historia clínica)	_____ _____
3. ¿Cuáles fueron los primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a ud.?	_____ _____
4. ¿Podría detallar los tratamientos que prescribió con motivo del accidente?	_____ _____ _____
5. ¿Padeció el asegurado complicaciones o interurrencias durante su tratamiento? Le rogamos detallarlas.	_____ _____ _____
6. ¿Estuvo el asegurado internado a raíz del accidente sufrido?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso de respuesta afirmativa le rogamos nos precise fechas institución motivos de internación diagnósticos y evolución cursada. _____ _____ _____
7. ¿A raíz del accidente qué tipo de secuelas incapacitantes afectan al asegurado?	_____ _____
8. ¿El grado de incapacidad del asegurado es total o parcial? En caso de ser parcial indique el porcentaje (%).	_____ %
9. ¿Es temporal o permanente? Hacer referencia a la incapacidad.	_____ _____
10. ¿Necesita tratamientos y o rehabilitación? En caso afirmativo solicitamos detalle.	_____ _____
11. Indique dolencias y/o pérdidas físicas que determinaron la incapacidad mencionada.	_____ _____

12. ¿A consecuencia del accidente se practicaron cirugías al asegurado?  
Detalle.

---

---

13. Especificar el sitio de las lesiones sufridas.

---

---

### ACTITUD DEL MIEMBRO

- Deformaciones
- Acortamiento
- Otros

### ESTADO DE LA PIEL

- Cicatrices adherentes o no dolorosas o indoloras
- Úlceras de decúbitos
- Fístulas
- Otros

13. Estado del músculo:  
(trofismo y tonicidad)

---

---

### PALPACIÓN

- Dolor
- Derrames articulares
- Hematomas
- Abscesos

14. Movilidad pasiva:  
(Rigidez anquilosis especificando los grados de movimiento)

---

---

15. Movilidad activa:  
(limitaciones parálisis disminución de fuerza etc especificando los grados de movimiento).

---

---

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

---

---

17. Fecha probable de alta médica.

---

18. Describa las posibles secuelas.

---

---

---

19. ¿Influyó de modo especial en el accidente y las lesiones del asegurado el uso de bebidas alcohólicas o drogas?

---

---

20. ¿El asegurado es portador de alguna enfermedad crónica o limitación física previas al accidente?

---

---

21. ¿Se labraron actuaciones policiales, judiciales o administrativas por el accidente?

---

---

**Advertencias especiales:**

- a) El presente formulario no implica aceptación de diagnóstico por parte de la Cía., como así tampoco el reconocimiento a la indemnización del asegurado razón por la cual se reserva el derecho de iniciar acciones y oponer excepciones contra el asegurado/beneficiarios/herederos legales.
- b) Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyera necesario, la compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan brindado atención al asegurado por causa de la afección reclamada
- c) Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Cía. el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario reservándose la Cía. el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario.

**OBSERVACIONES ADICIONALES**

---

---

---

---

---

**DATOS DEL MÉDICO**

Nombre y apellido del médico tratante informante: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
Domicilio del consultorio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Días y Horarios de consulta: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_  
Tipo y Número de Documento:  DNI  LE  LC  CI  Otro \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**Firma y Sello:** \_\_\_\_\_

**Matrícula:** \_\_\_\_\_