



DECLARACIÓN DE ACCIDENTES PERSONALES

Póliza N° _____

Nombre o Razón Social del Contratante _____

Nombre del paciente _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Ocupación _____ Sexo F () M () Fecha de nacimiento ____/____/____ DNI _____

Ocurrencia del accidente

Día ____ Mes ____ Año ____ Hora (0-23) ____ Min ____ Centro de atención _____

¿Existe parte policial? _____ ¿En qué comisaría? _____

Para accidentes colectivos (empresas)

En horario laboral Sí No

Para accidentes estudiantiles (universidad, colegio, instituto)

Dentro del centro educativo Sí No

Tipo de atención:

Emergencia Hospitalización Continuación Ambulatorio

Lugar de ocurrencia

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01. Oficina | <input type="checkbox"/> 07. Escaleras | <input type="checkbox"/> 13. Calles y vías públicas | <input type="checkbox"/> 19. Domicilio |
| <input type="checkbox"/> 02. Almacén – Depósito | <input type="checkbox"/> 08. Zonas de recreo | <input type="checkbox"/> 14. Laboratorio | <input type="checkbox"/> 20. Embarcación |
| <input type="checkbox"/> 03. Taller | <input type="checkbox"/> 09. Áreas deportivas | <input type="checkbox"/> 15. Andamio | <input type="checkbox"/> 21. ¿Otro? (¿Cuál?) |
| <input type="checkbox"/> 04. Superficies extracción | <input type="checkbox"/> 10. Aulas | <input type="checkbox"/> 16. Techo | |
| <input type="checkbox"/> 05. Socavones | <input type="checkbox"/> 11. Comedores y cocina | <input type="checkbox"/> 17. Planta de producción | |
| <input type="checkbox"/> 06. Patios de labores | <input type="checkbox"/> 12. Zonas de aseo | <input type="checkbox"/> 18. Medio de transporte | |

Lesión o daño sufrido por el Asegurado

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 01. Amputaciones | <input type="checkbox"/> 08. Efectos de radiaciones | <input type="checkbox"/> 15. Muerte |
| <input type="checkbox"/> 02. Asfixia, estrangulación, ahogamiento | <input type="checkbox"/> 09. Envenenamiento | <input type="checkbox"/> 16. Pérdida de la audición o su deterioro |
| <input type="checkbox"/> 03. Choque eléctrico, electrocución | <input type="checkbox"/> 10. Fractura | <input type="checkbox"/> 17. Quemadura calórica |
| <input type="checkbox"/> 04. Contusión, machacón, magullamiento | <input type="checkbox"/> 11. Hemias | <input type="checkbox"/> 18. Quemadura química |
| <input type="checkbox"/> 05. Cortada, laceración, pinchazo | <input type="checkbox"/> 12. Inflamación de músculos, articulaciones | <input type="checkbox"/> 19. Raspaduras, abrasiones |
| <input type="checkbox"/> 06. Dermatitis, erupción, lesiones de la piel | <input type="checkbox"/> 13. Intoxicación | <input type="checkbox"/> 20. Otra lesión ¿Cuál? |
| <input type="checkbox"/> 07. Distensión, desgarros | <input type="checkbox"/> 14. Luxación, esguince | |

Parte afectada del cuerpo (I=Izquierda, D=Derecha, A=Ambos, N=No Aplica)

	I	D	A	N		I	D	A	N		I	D	A	N
01. Cabeza					14. Clavícula					27. Genitales				
02. Frente					15. Hombros					28. Extremidades inferiores				
03. Cerebro					16. Extremidades superiores					29. Muslos				
04. Cuero cabelludo					17. Codo					30. Rodillas				
05. Cráneo					18. Antebrazo					31. Tobillos				
06. Oídos Externos					19. Muñecas					32. Pie (excl. tobillos y dedos)				
07. Oídos Internos					20. Mano					33. Dedos del pie				
08. Cara					21. Dedos de la mano					34. Sistemas orgánicos				
09. Ojos(s) incl. nervio ópt. y visión					22. Tronco					35. Sistemas circulatorios				
10. Nariz (incluye fosas nasales)					23. Abdomen (incluye org. Internos)					36. Sistema digestivo				
11. Mandíbula (incluye barbilla)					24. Espalda					37. Sistema excretorio				
12. Boca (incl. labios, dent., leng.)					25. Tórax (costilla, esternón, org. Int.)					38. Sistema músculo esquelético				
13. Cuello					26. Caderas (pelvis, org. Pelv., nalgas)					39. Sistema nervioso				

Sírvase detallar cómo sucedió el accidente

El declarante afirma bajo juramento que las informaciones proporcionadas en el presente documento son verídicas y que no ha hecho omisiones ni ocultaciones intencionales.

Fecha _____ de _____ de 20 _____

Firma del declarante _____

