

DENUNCIA DE SINIESTRO ACCIDENTES PERSONALES

Para ser completada por el asegurado

Apellido y nombre del accidentado:	Edad:
Dirección:	Teléfono:
Profesión:	
Tareas que desempeña habitualmente:	
Son las que efectuaba al momento del accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha, hora y lugar del accidente:	
Email del lesionado:	
Teléfono:	
Circunstancias en las que se produjo el accidente y sus consecuencias:	
Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión:	
Parte del cuerpo lesionada:	
Tipo de lesión sufrida:	
Nombre del establecimiento sanitario y médico tratante que le prestó primeros auxilios:	
¿Se instituyó sumario policial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Sufrió la amputación total o parcial de algún miembro o dedo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo ¿Cuál?	

DATOS DEL ASEGURADO / CONTRATANTE

Póliza N°	Certificado N°	Monto asegurado:
Apellido y nombre del asegurado:		Edad:
Ausencia del trabajo por este accidente:	Desde / /	Hasta / /
Empleado desde: / /	Asegurado desde: / /	
Email del asegurado:		

Declaro que son verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma del Contratante y Aclaración:

Fecha:

Esta información debe ser suministrada a Meridional Seguros, dentro de las 72 hs. de sufrido el Hecho.
Puede enviarse por Fax al 0-800-3333-244 o a Pte. Tte. Gral. Perón 646 - 4to. piso - (1038) Capital Federal - División Siniestros.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO ASISTENCIAL

El asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo y remitirla a la Compañía dentro de las 72 hs. de ocurrido el accidente.

1. Actitud del miembro (deformaciones, acortamiento, etc.)

2. Estado de la piel (cicatrices adherentes o no, dolorosas o indoloras, úlceras de decubitos, fístulas, etc.)

3. Estado de los músculos Trofismo Tonicidad Otros

4. Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos)

5. Movilidad pasiva Rigidez Anquilosis • Grado de movimiento:

6. Movilidad activa (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc.) Especificando los grados de movimiento.

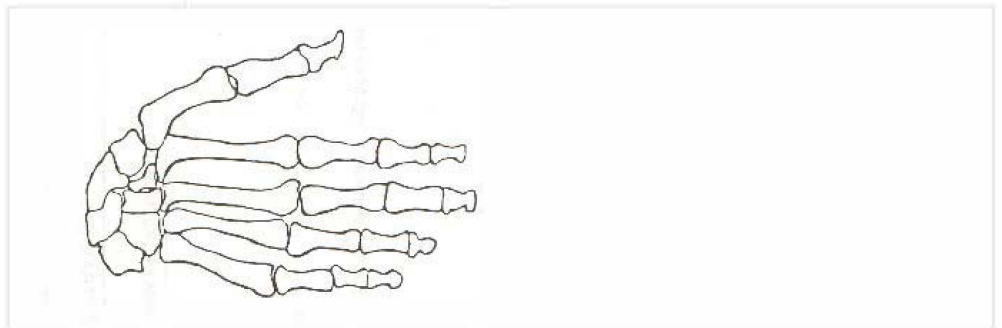
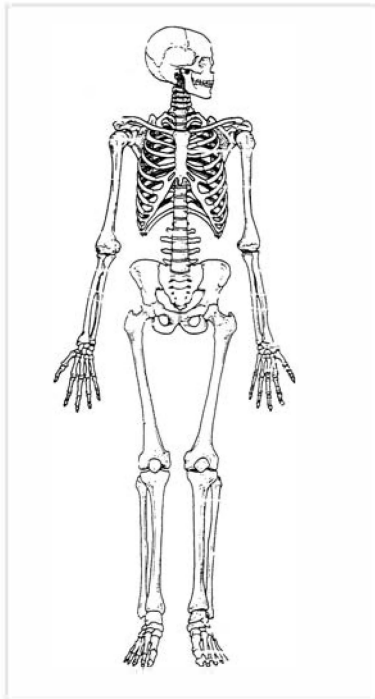
7. Las lesiones que presenta el asegurado son definitivas o existen posibilidades de recuperación?

8. Fecha probable de alta médica

9. Describa las posibles secuelas

10. Diagnóstico por imágenes: RX RNM TAC Otros:

11. Otros datos complementarios:



Se ruega al médico asistencial indicar en el esquema el sitio de las lesiones.

Declaro que son verídicas y sinceras las declaraciones precedentes,

Firma del contratante y aclaración:

Fecha:

CONSENTIMIENTO DEL TITULAR DE LOS DATOS

Consiento expresamente que La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A., trate mis datos personales con el objeto de cumplir con sus obligaciones contractuales y las leyes laborales, previsionales e impositivas y realizar todas las actividades que tengan por objeto el cumplimiento del objeto social, incluyendo las actividades de recursos humanos y la prestación del servicio de seguro.

Asimismo, consiento que mis datos personales puedan ser transferidos a jurisdicciones que no posean normativa de protección de datos personales similares o adecuadas a la Argentina, cuando la empresa proporcione medidas de seguridad y confidencialidad de los mismos.

Tomo conocimiento que los destinatarios de los datos personales serán La Meridional Compañía Argentina de Seguros S.A., sus afiliadas y empresas relacionadas y que tengo el derecho de acceso, información, rectificación, actualización y supresión de los mismos.

Los datos personales están sujetos a la política de privacidad que se encuentra a disposición en el sitio www.meridionalseguros.com.ar

EN CUMPLIMIENTO DE LAS DISPOSICIONES DE LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA N° 14/18 Y 47/18 SE INFORMA LO SIGUIENTE:

"El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326".

"La **AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA**, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales".

Nombre, apellido y DNI:

Lugar y Fecha:

Firma:

