

Seguro de accidentes personales para estudiantes

Hoja de denuncia de accidentes

Es obligatorio presentar este documento para las atenciones de emergencia de manera física o digital. En caso de continuidad de atención no será necesario volver a presentar a la misma clínica donde declaró la emergencia.

Las personas autorizadas del centro educativo y el asegurado, si es mayor de edad, deben firmar y sellar este documento.

Es necesario presentar el DNI del asegurado para identificarse, el carné es opcional. En caso el plan indique deducible, este debe ser abonado al momento de la atención.

Es indispensable llenar todos los campos.

Denuncia del accidente

Clínica :

Centro educativo :

Nº. Póliza : E1-611251

Nombres y apellidos del alumno accidentado:

Fecha de nacimiento:

Sexo: M () F () Grado de instrucción:

Domicilio:

Teléfono casa:

Fecha del accidente:

Hora del accidente:

Describe cómo se produjo el accidente:

¿Que lesiones produjo?:

Lugar donde ocurrió el accidente: Centro Educativo Domicilio Calle Otros Especificar: _____

AUTORIZACIÓN

El representante del centro educativo certifica que el alumno para el cual se solicita atención médica se encuentra debidamente inscrito en el seguro de accidentes para estudiantes de RIMAC Seguros, y que es de su conocimiento que cualquier gasto por cubierto por el seguro, deducible o exceso de la suma asegurada contratada será pagada por el asegurado.

Fecha : _____


Sello y firma del director
del centro educativo

Firma del asegurado
DNI: _____

Datos de la atención médica

Información que debe ser llenada por el médico tratante

Nombres y apellidos del accidentado: _____

Fecha de ingreso: _____

Hora: _____

Edad: _____

¿Qué lesiones ha sufrido el examinado atribuibles al accidente detallado en esta denuncia? _____

Diagnóstico 1: _____ CIE 10: _____

Diagnóstico 2: _____ CIE 10: _____

Exámenes auxiliares ordenados:

1. _____ 3. _____

2. _____ 4. _____

Tratamiento Indicado: _____

En caso de hospitalización indicar motivo: _____

Días de hospitalización: _____

Plan de tratamiento: _____

Condición del asegurado: Alta Requiere control

Fecha : _____

Firma y sello del médico tratante

Nº CMP _____