

DECLARACION DE ACCIDENTES PERSONALES

El presente formato debe ser contestado y devuelto por el asegurado(a).

DATOS DEL CONTRATANTE					
Contratante		UNIVERSIDAD CONTINENTAL SAC.			
Producto: Plan Complementario de Salud para Cobertura de Salud por Accidentes		Plan Código: 00023930	Sede	Huancayo.	
DATOS DEL ASEGURADO(A)/AFECTADO(A)					
Nombre completo					
Dirección					
N° de DNI					
Profesión/Ocupación		Estudiante Universitario.	Edad		
Teléfono(s)		Talla	Peso		
1	¿Cuándo y dónde tuvo lugar el accidente?				
	Fecha		Hora	Lugar	
2	¿Cómo sucedió y/o qué estabas haciendo al momento del accidente? <i>(Descripción detallada de los hechos)</i>				
3	a.- ¿Qué lesiones ha sufrido?				
	b.- ¿Ha sufrido alguna vez una lesión en la misma parte del cuerpo?			SI	NO
4	a.- Tu primera atención fue en el Tópico de la Universidad?				
5	b.- ¿Es tu médico de siempre?				
	¿Estás como consecuencia directa del accidente, incapacitado para atender totalmente tus ocupaciones habituales?			S I	N O
6	Sí ahora estas en condiciones de atender tus ocupaciones habituales, indicar desde que fecha:				
	a.- Parcialmente desde:		b.- Totalmente desde:		
7	a.- ¿Cuándo y dónde puedes ser visitado por nuestro médico y/o empleado?				
	¿Cuándo?		¿Dónde?		
	Referencias para llegar:				

Yo, el abajo firmante, declaro que las manifestaciones y detalles consignados son verídicos.

Fecha:		Nombre y Firma:
--------	--	-----------------

CERTIFICADO MEDICO

Se ruega al señor médico contestar en manuscrito a cada pregunta con letra legible.

1	Nombre del Asegurado(a)		
2	A tú conocimiento, ¿cómo se produjo la lesión?		
3	¿Cuándo fuiste consultado por primera vez por este accidente?		
4	¿Lo atiendes todavía?		
5	a.- ¿Eres su médico de siempre?	SI	NO
	b.- Sí es así, ¿Cuánto tiempo hace que lo conoces?		
6	Sírvase informar detalladamente la naturaleza de las lesiones. <i>Sí se trata de un miembro o de un ojo lesionado, indicar sí es derecho o izquierdo.</i>		
7	¿Los síntomas que el sufre provienen solamente del accidente?	SI	NO
8	¿El asegurado sufre de alguna enfermedad, además de las lesiones presentes, o tiene algún defecto físico? <i>Sí es así, informar la naturaleza de la misma y hasta donde es afectada la duración normal de ella.</i>		
9	Cómo consecuencia directa del accidente, ¿El asegurado tiene una inhabilitación temporal que le impide atender totalmente sus ocupaciones habituales?	SI	NO
	De presentar una inhabilitación, cuál sería la fecha de inicio:		
10	En tu opinión, ¿En qué fecha puede atender el asegurado sus ocupaciones habituales?		
	Parcialmente desde:		Totalmente desde:
11	a.- Informa sí existe posibilidad de que se declare una inhabilitación permanente, en cuyo caso dar detalles.		
	b.- Indica aproximadamente la duración del tratamiento necesario:		
	c.- ¿Es necesaria la hospitalización?		
12	Sí está curado, sírvase informar fecha de alta:		
13	Observaciones Generales		

Certifica que a mi mejor conocimiento las manifestaciones consignadas son verídicas.

Fecha:		Firma:	
Dirección:			