

## Hoja de Denuncia de Accidentes

Este documento es **indispensable** para la atención médica en Clínicas e Instituciones Médicas afiliadas a Rimac Seguros.

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

Es **necesario** presentar el carné de asegurado así como el DNI si se trata de un mayor de edad, o el DNI del adulto que lo acompañe al momento de solicitar la atención. 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 :
Nombres y Apellidos del alumno accidentado:	
Fecha de nacimiento:	Sexo: M ( ) F ( ) Grado de instrucción:
Domicilio:	Teléfono casa:
Fecha del accidente:	Hora del accidente:
Describa cómo se produjo el accidente: _____ _____ _____	
¿Que lesiones produjo?: _____ _____ _____	
Lugar donde ocurrió el accidente: Centro Educativo <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Especificar: _____	

### AUTORIZACION

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 no 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 \_\_\_\_\_