

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES SUFRIDAS

Tipo de lesión	<input type="text"/>					
Diagnóstico	<input type="text"/>					
Pronóstico	<input type="text"/>					
Tratamiento indicado	<input type="text"/>					
Duración del tratamiento	<input type="text"/>					
Nombre del médico tratante	<input type="text"/>	Matrícula <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>			
¿El asegurado a la fecha de denuncia posee alta médica?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Fecha de alta médica <table border="1"><tr><td>Día <input type="text"/></td><td>Mes <input type="text"/></td><td>Año <input type="text"/></td></tr></table>	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>
Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>				

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- 1- El presente formulario completado en todos sus puntos.
- 2- Denuncia policial y/o causa penal (si se hubiere efectuado).
- 3- Certificado médico de primera atención.
- 4- Copia de la Historia Clínica.
- 5- Análisis médicos.
- 6- Copia del DNI del Asegurado.
- 7- Certificado de defunción legalizado en original (si correspondiera).
- 8- Originales de las facturas (si se reclama asistencia médica y farmacéutica).

Declaro que todos los datos especificados en esta denuncia son verídicos, responsabilizándome por cualquier falsa información u omisión.

Fechado en el día del mes de de 20

Firma Aclaración