

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
			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.

Fecha en el día del mes de de 20

Firma Aclaración