SOLICITUD DE ATENCIÓN MÉDICA POR ACCIDENTE DE TRABAJO

Central de Atención RIMAC: (01) 411-1111 | atencionalcliente@rimac.com.pe

RIMAC

☐ Primera atención (emergencia) ☐ Continuación de tratamiento (control) Fecha: / /

1. INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

RUC: _____ Razón social: _____

2. INFORMACIÓN DEL TRABAJADOR ACCIDENTADO

DNI/CE: _____ Nombres y apellidos: _____ Sexo: M F

Puesto de trabajo: _____ Fecha de nacimiento: / / Edad: _____

Antigüedad en el cargo: _____ Email del trabajador: _____ Teléfono: _____

3. INFORMACIÓN DEL SINIESTRO/ACCIDENTE

Hora: _____ Lugar: ☐ En las instalaciones

Fecha: / / ☐ Fuera de las instalaciones: _____

¿Como ocurrio el accidente?

Tipo de accidente

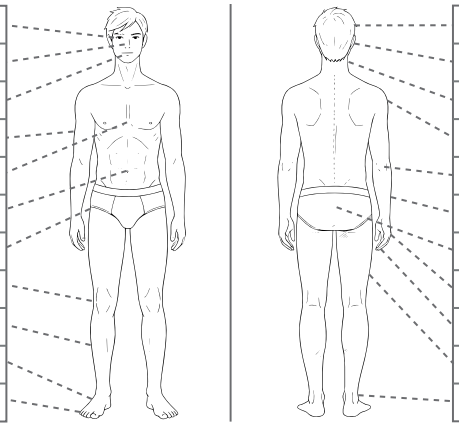
☐ Atropello	☐ Contacto	☐ Golpes
☐ Caída de objetos	☐ Cortes	☐ Quemaduras
☐ Caída de persona	☐ Electrocucíon	☐ Sobreesfuerzo
☐ Choques	☐ Exposición	☐ Atrapamiento
☐ Otros: _____		

Agente o causa del accidente

☐ Calor	☐ Fauna	☐ Mobiliario
☐ Electricidad	☐ Herramientas	☐ Objetos
☐ Escaleras	☐ Infraestructura	☐ Pisos
☐ Factor climático	☐ Maquinarias	☐ Químicos
☐ Otros: _____		

Parte del cuerpo afectada (marque con una X):

☐ Ojos	☐ Cabeza
☐ Nariz	☐ Orejas
☐ Boca	☐ Cuello
☐ Brazo	☐ Hombro
☐ Tórax	☐ Codo
☐ Abdomen	☐ Antebrazo
☐ Cadera	☐ Pelvis
☐ Rodilla	☐ Mano
☐ Pierna	☐ Dedos
☐ Pie	☐ Muslo
☐ Dedos	☐ Tobillo



Naturaleza de la lesión

☐ Amputación	☐ Intoxicación	☐ Punzocortante
☐ Contusión	☐ Laceración	☐ Quemaduras
☐ Cuerpo extraño	☐ Lesiones múltiples	☐ Raspaduras
☐ Fracturas	☐ Picaduras	☐ Torceduras
☐ Otros: _____		

4. DATOS DEL REPORTANTE

DNI/CE: _____ Nombres y apellidos: _____ Cargo: _____

Teléfono: _____

Declaro bajo juramento que la información consignada en el presente documento resulta cierta y exacta. Asimismo, declaro que la persona para el cual se solicita la atención es trabajador de nuestra empresa y ha sido declarado como asegurado en la Póliza SCTR Salud. De acuerdo con el artículo 25 inciso a) de la Ley N°26842 – Ley General de Salud, el asegurado presta su consentimiento para que las clínicas o médicos tratantes proporcionen a RIMAC cualquier información que requiera respecto del acto médico, tales como historia clínica, certificado e informes, exceptuándolos de la reserva de información. Asimismo, de acuerdo con el artículo 25 inciso f) de la Ley N°26842 – Ley General de Salud, el asegurado reconoce que las clínicas o médicos tratantes podrán proporcionar a RIMAC toda la información que requiera respecto del acto médico del asegurado, siempre que fuese con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización y auditoría, exceptuándolos de la reserva de información.

Firma y sello del reportante de la empresa

5. PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO TRATANTE

Fecha de la atención: / / Clínica o centro médico de atención: _____

Diagnóstico(s):	Código CIE 10

Indicación médica y/o procedimiento realizado:	Firma y sello del médico tratante