



SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad

DENUNCIA DE SINIESTROS – INCIDENCIAS

Tenga a bien responder todas las preguntas

POLIZA N°:

DATOS DEL ASEGURADO

Institución / Profesional:

Médico:

Vigencia desde el: / / al / /

Franquicia:

Fecha del hecho que genera el reclamo: / /

Ubicación del hecho:

Calle:

N°:

Ciudad:

Provincia:

(C.P.)

Teléfono:

Persona de Contacto:

Teléfono:

E-mail:

DATOS DEL PACIENTE

Apellido:

tipo y n° de Documento:

Nombre:

Sexo M F

Fecha de Nacimiento: / /

Estado Civil:

Dirección

Calle:

N°:

Ciudad:

Provincia:

(C.P.)

Teléfono:

N° Historia Clínica: -(enviar copia de la misma)

DESCRIPCION DETALLADA DEL SINIESTRO - INCIDENCIA



SEGUROS MEDICOS S.A.

Nuestra misión, su seguridad

EQUIPO MEDICO ACTUANTE:

Nombre	Especialidad

PROFESIONAL A CARGO:

RECLAMOS:

¿Recibió algún tipo de reclamos por parte del paciente y/o familiares? Sí No
En caso afirmativo, indique la fecha: / / y adjunte copia.

¿De qué tipo? Oral Escrito Administrativo

¿Recibió Ud. Citación Policial? Sí No
En caso afirmativo, indique la fecha: / / y adjunte copia.

¿Recibió Ud. Cédula de Notificación? Sí No
En caso afirmativo, indique la fecha: / / y adjunte copia.

Remitir copia de:

- 1) Reclamo
- 2) Intimación
- 3) Carta
- 4) Escrito
- 5) Proceso
- 6) Notificación
- 7) Citación judicial
- 8) Cualquier otro escrito relacionado con el reclamo
- 9) Historia Clínica y toda otra documentación médica en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado

Lugar y Fecha: , / /

Firma:

Aclaración:

Tipo y N° de Documento: