



SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad

**DENUNCIA DE SINIESTROS**

SINIESTRO N°:

POLIZA N°:

VIGENCIA DESDE EL

AL

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido:

Matrícula:

Especialidad declarada:

Teléfono:

Teléfono celular:

Domicilio:

E-mail:

DATOS DEL SINIESTRO

Fecha del hecho que genera el reclamo:

N° Historia Clínica:

(enviar copia de la misma)

Lugar del hecho:

Ubicación del hecho:

Localidad:

DATOS DEL PACIENTE

Apellido:

Nombre:

Sexo: M

F

Obra social

DESCRIPCION DETALLADA DEL SINIESTRO

PARTICIPACION ESPECIFICA DEL ASEGURADO:

Lugar:

Fecha:

Firma:

Aclaración:

Tipo y N° de Documento:



SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad

ANEXO DENUNCIA DE SINIESTROS

SINIESTRONº: \_\_\_\_\_

EQUIPO MEDICO ACTUANTE:

Nombre	Especialidad

PROFESIONAL A CARGO:

RECLAMOS:

	SÍ	NO	FECHA:
¿Recibió algún tipo de reclamos por parte del paciente y/o familiares?			
¿Recibió Ud. Citación Policial?			FECHA:
Adjunte copia			
¿Recibió Ud. Cédula de Notificación?			FECHA:
Adjunte copia			

Dejo copia de:

- 1) Historia clínica
- 2) Carta documento
- 3) Notificación
- 4) Citación judicial
- 5) Cualquier otro escrito relacionado con el reclamo

Se solicita al asegurado a fin de agilizar la tramitación del siniestro acompañar al presente formulario fotocopia de historia clínica completa y copia del reclamo recibido. Asimismo, se aclara que los datos y demás referencias consignadas anteriormente tienen carácter de declaración jurada.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_