

**SEGURO MODULAR DE SALUD
FORMULARIO DE DENUNCIA DEL SINIESTRO**

CUIDADOS PROLONGADOS

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA

Datos del Asegurado

Póliza N°:
Certificado N°: (*)
Apellido y Nombres:
Tipo y número de documento:
Domicilio:
Localidad:
Teléfono:
Fecha de nacimiento:

***A completar solamente en el caso de pólizas colectivas y grupales**

Datos del médico de cabecera del Asegurado

Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

- Apellido y Nombres:
- Domicilio:
- Teléfono:

Datos de la Internación

¿Para cuales de las siguientes Actividades de la Vida Diaria requiere Usted asistencia de parte de otra persona? Marque con una cruz (x)

() Bañarse () Alimentarse () Vestirse () Higienizarse () Transferirse

Fecha de Inicio de la asistencia:

Detalles de la afección que diera origen a la incapacidad

Fecha de Inicio de la Enfermedad:
Diagnósticos:
Tratamientos seguidos:

Datos del Establecimiento Asistencial donde se efectuó la internación (si el paciente estuviera internado)

Denominación:
Domicilio:
Teléfono:

Datos del Profesional que asistiera al Asegurado por la afección y/o durante su internación

Apellido y Nombres:
Número de Matrícula Provincial:
Número de Matrícula Nacional:
Tipo y número de Documento:

Domicilio: Teléfono:

Documentación Médica a presentar

--

Plazo de presentación de la documentación

30 días a partir de la fecha del diagnóstico
--

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a “Cruz Suiza Compañía de Seguros S.A” a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Lugar y Fecha de Emisión

_____ Firma del Denunciante

Para ser completado por el profesional que asistiera al Asegurado por su incapacidad

Por la presente certifico que desde el día/....../.... he atendido y tratado al paciente LE / LC / DNI / CI N° por la afección cuya descripción se detalla a continuación.

Diagnóstico y Estadío:

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de inicio de la enfermedad: Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la misma: Discapacidad existente – Descripción: Actividades de la vida diaria que el paciente no puede realizar por si mismo:
--

¿Conoce Ud. si el Asegurado estuvo internado a causa de la afección? De ser de su conocimiento, por favor consignar Establecimientos Asistenciales y fechas:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional