

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

**ENFERMEDADES / DROGAS ONCOLÓGICAS**

**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:

**Detalles de la afección que diera origen al reclamo**

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

**Internaciones relacionadas con la afección**

Cantidad de días que estuvo internado en:

- Sala común:
- Terapia Intermedia y Cuidados Especiales:
- Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:
- Internación Domiciliaria:

Establecimientos asistenciales:

Médicos tratantes:

**Datos del Profesional tratante de la afección**

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 de diagnóstico de la enfermedad
--

**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 tratante**

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:
--

¿Conoce Ud. si el Asegurado estuvo internado a causa de la afección? De ser de vuestro 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