

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

ESTUDIOS

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 a la realización de los estudios

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

Datos del Establecimiento Asistencial donde se efectuó el estudio

Denominación:
Domicilio:
Teléfono:

Datos del Profesional que efectuara el estudio

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 evento

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 efectuara el estudio

Por la presente certifico que el día/..../.... he realizado a LE / LC / DNI / CI N° el/los estudio/s que se detalla/n a continuación:

Denominación de el/los estudio/s:

Código/s de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales:
--

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de inicio de la enfermedad que diera origen al estudio:
Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la necesidad de realizarse el estudio:

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

Lugar y Fecha de Emisión

Firma del Responsable del Establecimiento
Asistencial
Aclaración de firma