

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

**FRACTURAS DE HUESOS**

**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 fractura que diera origen al reclamo**

Fecha del evento que dio origen a la fractura:  
Diagnósticos (indique con precisión el diagnóstico médico sobre la lesión):  
Tratamientos seguidos:

**Internaciones relacionadas con la fractura (si las hubiere)**

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 fractura**

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 que dio origen a la lesión

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.

Detalle de las fracturas sufridas por el paciente:

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de la lesión:

¿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