

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

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

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 intervención

Fecha de Inicio de los Síntomas y/o de la Enfermedad de Base que motivara la Intervención:

Fecha de Confirmación Diagnóstica:

Diagnóstico Principal:

Diagnósticos Complementarios, si los hubiera:

Internaciones previas a la intervención 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 Establecimiento Asistencial donde se efectuó la intervención

Denominación:

Domicilio:

Teléfono:

Datos del Profesional que efectuara la intervención

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 realización de la intervención
--

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 la intervención

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

Denominación de la/s intervención/es realizada/s:

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

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