

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

PRÓTESIS U ÓRTESIS

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 necesidad de implantar la prótesis u órtesis

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

Datos del Establecimiento Asistencial donde se efectuó la implantación

Denominación:
Domicilio:
Teléfono:

Datos del Profesional que efectuara la implantación

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 la implantación o provisión

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 implantación

Por la presente certifico que el día/....../.... he realizado a LE / LC / DNI / CI N° la/s implantación/es de prótesis y/u órtesis que se detalla/n a continuación:

Denominación de la/s prótesis u órtesis implantadas:
--

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha de Diagnóstico de la Enfermedad de Base que provocó la necesidad de la Prótesis u Órtesis: Fecha estimada de inicio de la Enfermedad: Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la necesidad de efectuarse la implantación:
--

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