

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

RENTAS POR INTERNACIÓN

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:

Datos de la Internación

Cantidad de días que estuvo internado en:

- Sala común:
- Terapia Intermedia y Cuidados Especiales:
- Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:
- Internación Domiciliaria: (1)

(1) A completar sólo en la medida que sea de su conocimiento

En caso de internación de recién nacidos (hasta 30 días de edad) consignar si durante la internación se ha requerido asistencia mecánica respiratoria y durante cuántos días:

Datos del Establecimiento Asistencial donde se efectuó la internación

Denominación:
Domicilio:
Teléfono:

Datos del Profesional que asistiera al Asegurado durante su internación

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 alta de la internación

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 asistiera al Asegurado durante su internación

Por la presente certifico que el día/...../..... a las hs. ha ingresado al establecimiento el paciente LE / LC / DNI / CI N°, por los motivos que se exponen seguidamente, correspondiendo su alta médica el día/...../..... a las hs.

Causas de la internación:

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de inicio de la enfermedad que diera origen a la internación:

Cantidad de días que estuvo internado en:

- Sala común:
- Terapia Intermedia y Cuidados Especiales:
- Terapia Intensiva y Unidad Coronaria:
- Internación Domiciliaria: (1)

(1) A completar sólo en la medida que sea de su conocimiento

En caso de internación de recién nacidos (hasta 30 días de edad) consignar si durante la internación se ha requerido asistencia mecánica respiratoria y durante cuántos días:

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