

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

**TRASPLANTE DE ÓRGANOS**

**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 del trasplante realizado**

Órgano trasplantado:  
Diagnóstico de enfermedad que diera origen a la necesidad de trasplante:  
Fecha confirmación diagnóstica de dicha enfermedad:  
Fecha indicación necesidad de trasplante:  
Fecha inscripción en INCUCAI:  
Fecha de realización del Trasplante:

**Datos del Establecimiento Asistencial donde se efectuó el trasplante**

Denominación:  
Domicilio:  
Teléfono:

**Datos del Profesional que efectuó el trasplante**

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 del trasplante

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 realizó el trasplante***

Por la presente certifico que el día ..../.../.... he realizado a ..... LE / LC / DNI / CI N° ..... el/los trasplante/s que se detallan a continuación.

Trasplantes realizados:
-------------------------

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:
---

Fecha estimada de inicio de la enfermedad que dio origen al trasplante: Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la necesidad de realizar el trasplante:
---

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