

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO MODULAR DE SALUD

DIAGNÓSTICO POR ENFERMEDAD GRAVE

MST-FS11053-R00

Número de Póliza: _____
Número de Certificado Individual: _____
Nombre / Razón Social del Contratante: _____

• Datos del Asegurado Titular

Nombres y Apellido _____
DNI _____
Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____
Teléfono _____
E-mail _____

• Datos del Paciente (Completar en caso de no ser el Asegurado Titular)

Nombres y Apellido _____
DNI _____
Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____
Teléfono _____
E-mail _____
Vínculo con Asegurado Titular _____

PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO ASISTENTE

• Datos del Profesional

Nombre y Apellido _____
DNI _____
N° de Matrícula _____
Domicilio _____
Teléfono _____
E-mail _____

• Prescripción de la internación

1. Fecha del Diagnóstico

2. A la fecha del diagnóstico, ¿cuál era la residencia del Asegurado?

3. A la fecha del diagnóstico, ¿cuál era la ocupación del asegurado?

4. ¿Dónde se realizaron los exámenes médicos? (Domicilio, Sanatorio, Policlínico, etc.) ¿En qué fecha?

5. ¿Era usted su Médico Asistente? En caso afirmativo, ¿desde qué fecha?

a) ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado?

b) ¿Cuándo comenzó a asistirlo en esta enfermedad? (Precise fecha)

c) ¿Qué síntomas presentaba?

d) Por esos síntomas y su historia clínica, ¿a qué fecha podría remontarse la enfermedad?

e) ¿Cuál fue la evolución ulterior de la enfermedad?

f) ¿Se realizaron análisis, radiografías y otras pruebas diagnósticas? ¿Cuáles? ¿En poder de quién se halla?

g) ¿A qué tratamiento se le ha sometido y qué tipo de medicación recibe?

h) ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde Cuándo?

6. ¿Algún otro médico lo atendió durante la enfermedad? (Nombre, Dirección y Teléfono)

7. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?

8. Antes de la enfermedad, ¿en qué otras le prestó usted asistencia médica o fue consultado?

9. ¿Qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el Asegurado? (Indique fechas, duración y secuelas)

10. ¿Sabe usted de algún otro médico que lo haya atendido en los últimos dos años? En caso afirmativo, indique nombre y dirección.

Firma y sello del Médico

Firmada en _____, el día _____ de _____ de _____

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO

• Informe del Asegurado

Indique descripción de la Enfermedad o diagnóstico _____

Indique fecha del diagnóstico _____

• Otros Médicos que lo hayan atendido por esta Enfermedad

Nombre y Apellido _____

Dirección _____

Teléfono _____

Declaro a mi saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. El presente informe reviste carácter de declaración jurada, responsabilizándose el suscripto por cualquier falsedad que contenga. Doy mi consentimiento para que Mista Seguros S.A. pueda recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Firma del Asegurado Titular

Firmada en _____, el día _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado paciente

Firmada en _____, el día _____ de _____ de _____

IMPORTANTE: En todos los casos deberá llenarse en forma completa la presente solicitud y estar firmado por el médico tratante, asegurado titular y asegurado paciente.

Deberá acompañarse:

- Copia de DNI del asegurado titular y asegurado paciente
- Historia Clínica
- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.