

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO MODULAR DE SALUD

DIAGNÓSTICO POR ENFERMEDAD GRAVE

MST-FS11053-R01

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 ASEGURADO

• Informe del Asegurado

Indique descripción de la Enfermedad o diagnóstico _____

 Indique fecha del diagnóstico _____

• 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 de Personas 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 Asegurado Titular y Asegurado Paciente.

Deberá acompañarse:

- Copia de DNI del Asegurado Titular y el Asegurado Paciente.
- Historia clínica.
- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.