

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO MODULAR DE SALUD

INTERNACIÓN POR ACCIDENTE

• Renta Diaria por Internación por Accidente

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 MÉDICO QUE PRESCRIBIÓ LA INTERNACIÓN

• Datos del Profesional

Nombre y Apellido _____

DNI _____

Nº de Matrícula _____

Domicilio _____

Teléfono _____

E-mail _____

• Prescripción de la internación

Fecha de la Prescripción _____
Motivo de la Prescripción: _____

Accidente (Especifique) _____

Fecha de Accidente _____
Desde qué fecha asiste al paciente _____
Tratamiento efectuado _____

Firma y sello del Médico

Firmada en _____, el día _____ de _____ de _____

PARA SER COMPLETADO POR EL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ LA INTERNACIÓN

• Internación atendida por

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

• Datos del Establecimiento Asistencial

Razón Social _____
CUIT _____
Dirección _____
Teléfono _____
E-mail _____

PARA SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO

Fecha del accidente _____

Circunstancias del accidente y sus consecuencias _____

Hubo intervención policial SI NO Indicar la Comisaría _____

Se instruyó sumario policial SI NO Indicar Juzgado Interviniente _____

Se le efectuó dosaje alcohólico SI NO

• Otros Médicos que lo hayan atendido por esta Enfermedad/ Accidente

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 en "Datos del Asegurado" y "Datos del Establecimiento Asistencial" y estar firmado por el médico tratante, incluyéndose el sello del Establecimiento Asistencial.

Deberá acompañarse:

- Copia de DNI
- Historia Clínica: con diagnóstico, parte de ingreso, tratamiento efectuado, parte de egreso.
- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.