

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO MODULAR DE SALUD

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

• Cobertura para Intervenciones Quirúrgicas

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 EFECTUÓ LA INTERVENCIÓN

• Datos del Profesional

Nombre y Apellido _____

DNI _____

Nº de Matrícula _____

Domicilio _____

Teléfono _____

E-mail _____

• Informe

Día de la Intervención

Tipo de Intervención

Diagnóstico / Datos relevantes de la historia clínica

Firma y sello del médico

Firmada en _____, el día _____ de _____ de _____

Fecha de inicio de la enfermedad/accidente

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

• Intervención efectuada por

Nombre y Apellido _____

DNI _____

Nº de Matrícula _____

Domicilio _____

Teléfono _____

E-mail _____

• Datos del Establecimiento Asistencial

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

Firma y sello del Establecimiento de la Internación, indicar cargo que desempeña.

Firmada en _____, el día _____ de _____ de _____

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
- Protocolo Quirúrgico
- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.