

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 _____

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 en "Datos del Asegurado" y estar firmado por el Asegurado Titular y el Asegurado Paciente.

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.