

## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO MODULAR DE SALUD

### PRÁCTICA DE ODONTOLOGÍA BÁSICA

#### • Cobertura para Odontología Básica

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 ODONTÓLOGO QUE EFECTUÓ LA PRÁCTICA

#### • Datos del Profesional

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Nº de Matrícula \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

• Informe

FECHA de Práctica \_\_\_\_\_

Tipo de Práctica \_\_\_\_\_

Firma del Odontólogo

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 y estar firmada por el médico tratante, asegurado titular y asegurado paciente.

**Deberá acompañarse:**

- Copia de DNI
- Historia Clínica que contenga diagnóstico, fechas y tratamiento efectuado
- Estudios realizados.
- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.