

## FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO MODULAR DE SALUD

### REEMBOLSO DE GASTOS EN MEDICAMENTOS

MST-FST1060-R00

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 \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE REEMBOLSO

Nombre comercial del medicamento: \_\_\_\_\_  
Nombre genérico: \_\_\_\_\_  
Presentación: \_\_\_\_\_  
Fecha de compra: \_\_\_\_\_  
Monto abonado: \_\_\_\_\_

Nombre comercial del medicamento: \_\_\_\_\_  
Nombre genérico: \_\_\_\_\_  
Presentación: \_\_\_\_\_  
Fecha de compra: \_\_\_\_\_  
Monto abonado: \_\_\_\_\_

Nombre comercial del medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre genérico: \_\_\_\_\_

Presentación: \_\_\_\_\_

Fecha de compra: \_\_\_\_\_

Monto abonado: \_\_\_\_\_

Nombre comercial del medicamento: \_\_\_\_\_

Nombre genérico: \_\_\_\_\_

Presentación: \_\_\_\_\_

Fecha de compra: \_\_\_\_\_

Monto abonado: \_\_\_\_\_

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.

#### Deberá acompañarse:

- Copia de DNI
- Receta Médica donde se prescriba la medicación al asegurado
- Comprobante fiscal de la compra del medicamento
- La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales.