SMG Compañía Argentina de Seguros S.A.
Av. Corrientes 1865 PB (C1045AAA)
Teléfono: 5239-6300 - Fax: 5239-6301
www.smgseguros.com.ar

DENUNCIA DE SINIESTRO
Praxis Médica

DATOS A COMPLETAR DEL ASEGURADO

Ramo: Servicios Médicos ☐ IND ☐ INC ☐ CAA ☐ CLI N de Póliza: _____

Apellido y nombre: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Celular _____ E-mail: _____

UD ESTA DENUNCIANDO *(Marque lo que corresponda)*

Un hecho que puede ocasionar reclamos futuros (incidencia) ☐

Un reclamo ya iniciado ☐ Fecha de recepción del reclamo : ____ / ____ / ____

Fecha del siniestro: ____ / ____ / ____

Nota: En caso de desconocer el hecho reprochado, se solicita colocar la fecha de la primera atención brindada al paciente.

TIPO DE ACCIDENTE ☐ Complicación ☐ Lesión ☐ Muerte

DESCRIPCIÓN DEL HECHO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PARTICIPACIÓN ESPECÍFICA DEL ASEGURADO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Lugar del hecho: _____ **Especialidad:** _____

Damnificado: _____ **Reclamante:** _____

IMPORTANTE

- Se solicita al asegurado, a fin de agilizar la tramitación del siniestro, acompañar al presente formulario fotocopia de la Historia Clínica original completa (no trascripción) y copia del reclamo recibido. Asimismo, se le aclara que los datos y demás referencias consignadas en este documento, tienen carácter de declaración jurada.
- La notificación de un incidente no implica la cobertura del caso. La misma será analizada y/o evaluada en caso de ser formulado un reclamo escrito y fehaciente contra el Asegurado, y en tanto se encuentre vigente en ese momento la póliza contratada.

PRESENTADO EN LA COMPAÑÍA EN FECHA:

....

Firma Aclaración DNI

DATOS A COMPLETAR POR LA COMPAÑÍA

Grado de lesión ☐ Leve ☐ Medio ☐ Grave

Tipo de reclamo ☐ Mandamiento de Secuestro de HC ☐ Beneficio de Litigar Sin Gastos ☐ Reclamo Extrajudicial ☐ Mediación

☐ Juicio ☐ Citación a Indagatoria (fuera penal) ☐ Otros:

U0111