

Denuncia del siniestro - Praxis médica

Datos a completar del Asegurado:

Ramo: Servicios Médicos IND INC CAA CLI N° de Póliza: _____
Nombre(s) y Apellido(s): _____ DNI: _____ CUIT/CUIL: _____
Domicilio particular: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
E-mail: _____ Cel.: 0 15 Tel. fijo: 0

Ud. está 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 transcripción) 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 de la firma

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 : _____