

DENUNCIA DE SINIESTRO Praxis Médica

DATOS A COMPLETAR DEL ASEGURADO

Ramo: Servicios Médicos <input type="checkbox"/> IND <input type="checkbox"/> INC <input type="checkbox"/> CAA <input type="checkbox"/> CLI	N de Póliza: _____
Apellido y nombre: _____	Localidad: _____
Domicilio: _____	CP: _____
Provincia: _____	E-mail: _____
Teléfono: _____ Celular _____	

UD ESTA DENUNCIANDO (Marque lo que corresponda)

Un hecho que puede ocasionar reclamos futuros (incidencia) <input type="checkbox"/>	Fecha de recepción del reclamo: ____ / ____ / ____
Un reclamo ya iniciado <input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/> Complicación	<input type="checkbox"/> Lesión	<input type="checkbox"/> 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	DNI
-------	------------	-----

DATOS A COMPLETAR POR LA COMPAÑÍA

Grado de lesión	<input type="checkbox"/> Leve	<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Grave		
Tipo de reclamo	<input type="checkbox"/> Mandamiento de Secuestro de HC	<input type="checkbox"/> Juicio	<input type="checkbox"/> Beneficio de Litigar Sin Gastos	<input type="checkbox"/> Citación a Indagatoria (fuera penal)	<input type="checkbox"/> Reclamo Extrajudicial <input type="checkbox"/> Mediación
			<input type="checkbox"/> Otros:		