

FORMULARIO DENUNCIA

GASTOS MÉDICOS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA

PÓLIZA N°

PARTE 1 / DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre y apellido ▶ _____ DNI ▶ _____
Domicilio ▶ _____
Teléfono ▶ (____) _____ E-mail ▶ _____ Código Postal ▶ _____
Nacionalidad ▶ _____ Ocupación ▶ _____
Describe la lesión:

EL ACCIDENTE ¿Cuándo ocurrió?

Fecha y hora ▶ _____ Lugar donde ocurrió ▶ _____
¿Cómo ocurrió? ▶ _____

Datos del primer médico consultado

Nombre y apellido ▶ _____ DNI ▶ _____
Domicilio ▶ _____
Teléfono ▶ (____) _____ E-mail ▶ _____ Código Postal ▶ _____
Nacionalidad ▶ _____ Ocupación ▶ _____
Fecha de la primera consulta ▶ _____
Nombre de otros médicos que lo asisten por esta lesión ▶ _____
¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? SI NO Indique nombre del hospital ▶ _____
Fecha de ingreso ▶ _____ **Totalmente incapacitado** Desde ▶ _____ Hasta ▶ _____
Fecha de egreso ▶ _____ **Parcialmente incapacitado** Desde ▶ _____ Hasta ▶ _____

Declaro bajo juramento que la información suministrada en el presente formulario es verdadera y completa, y que las facturas adjuntas son verídicas. Autorizo a que CONFIAR Compañía de Seguros S.A. pueda solicitar información y documentación a cualquier médico y/o clínica o cualquier otra institución que alguna vez me hayan asistido, y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, autorizando la entrega de la respectiva historia clínica y demás información que se solicite. **Documentación que deberá adjuntar el asegurado:** originales de facturas de gastos sanatoriales farmacéuticos y de honorarios médicos de cada uno de los profesionales e instituciones que intervinieron en mi atención. Asimismo deberá adjuntar informe de médico/s tratante/s con diagnóstico, tratamiento/s y epicrisis.

PARTE 2 / DENUNCIA DE GASTOS MEDICOS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

Para ser completada por el médico asistente

Datos del médico/institución Sanatorial interviniente.

Nombre y apellido ▶ _____
Correo electrónico ▶ _____ Teléfono ▶ _____
Diagnóstico completo ▶ _____

Tratamiento indicado y prestado (precise alcances, estudios y prácticas, con detalle de fecha y hora) ▶ _____

FORMULARIO DENUNCIA

GASTOS MEDICOS A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

Se realizó cirugía SI NO En caso afirmativo describa la misma ▶ _____

¿Dónde se efectuó la operación? ▶ _____

Fecha de la operación ▶ _____ Honorarios por cirugía únicamente ▶ _____
(exclúyanse los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc)

Indique todas las fechas en las cuales atendió al paciente ▶ _____ Total ▶ _____

¿Ordenó usted la hospitalización? SI NO Nombre del Hospital ▶ _____

Admitido el día _____ de _____ del ____ a las _____ hs

Salida el día _____ de _____ del ____ a las _____ hs

Según su opinión

¿Cuándo se originó la causa básica de la lesión? ▶ _____

¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? SI NO

¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente totalmente incapacitado para efectuar toda y cada una de sus tareas? Desde ▶ _____ Hasta ▶ _____

Obligaciones del paciente en su trabajo:

Observaciones:

Lugar y fecha

Firma del médico y sello

Aclaración

Teléfono ▶ (____) _____ E-mail ▶ _____