

DENUNCIA DE SINIESTRO
SEGURO DE SALUD COLECTIVO

1. Datos del Asegurado/a Beneficiario (Afiliado Titular)

Nombre y Apellido del beneficiario: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Nacionalidad: _____

Estado Civil: _____ N° de DNI: _____

Domicilio: Calle _____

Nro.: _____ Piso _____ Depto _____ Localidad: _____

Provincia: _____ C.P.: _____

Teléfono Particular: () _____ Celular () _____

Correo Electrónico: _____ @ _____ .com.ar

(tachar en caso que no corresponda el .ar)

2. Cobertura afectada.

<input type="checkbox"/> Indemnización en caso de Enfermedades Graves: <input type="radio"/> Cáncer <input type="radio"/> ACV <input type="radio"/> Infarto
<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación en Sala Común Cantidad de días internado:.....
<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación en Terapia Intensiva Cantidad de días internado.....

3. Datos del siniestro. Establecimiento Asistencial.

Nombre y Apellido del Médico interviniente: _____.

Matrícula del Médico interviniente: _____.

Establecimiento Asistencial interviniente: _____.

Diagnóstico recibido: _____

Fecha de Diagnóstico: ___ / ___ / ___.

Breve detalle del Tratamiento a seguir: _____.

Fecha de Internación: _____

Fecha de Alta: _____

-En caso de no haber intervenido un establecimiento asistencial deberá dejarse tal espacio en blanco.-

4. Documentación para el pago del beneficio:

- Historia clínica y/o protocolo quirúrgico y/o estudios y/o exámenes practicados al Asegurado tratado (para todas las coberturas)
- Certificado médico que acredite el diagnóstico y/o tratamiento indicado (para todas las coberturas)
- Registro de interacción y internación/ alta (en caso de Renta Diaria por internación quirúrgica)
- DNI del beneficiario
- Comprobante bancario del CBU del beneficiario

5. Datos bancarios del Asegurado (beneficiario) para el pago del siniestro:

CUIL del Beneficiario (el mismo está compuesto de 11 dígitos): _____

Banco: _____ Sucursal: _____

Tipo de Cuenta (Indicar si es una Caja de Ahorro o Cuenta Corriente): _____

Comprobante de CBU (el mismo está compuesto de 22 dígitos): _____

Aclaración: Se deja expresa constancia que para el pago del siniestro por medios electrónicos la cuenta bancaria denunciada deberá ser de titularidad del beneficiario del pago.

NOTA: La recepción de este formulario no significa la aceptación del siniestro por parte de la Compañía. Cuando los espacios provistos para las respuestas resulten insuficientes, favor de consignar los detalles que considere relevantes de este formulario en hoja aparte.

IMPORTANTE: para el correcto y total diligenciamiento el presente formulario, deberá remitirse a El Surco compañía de seguros en su totalidad.

Firma del Beneficiario

Fecha ____/____/2021