

### DENUNCIA DE SINIESTRO Praxis Médica

#### DATOS A COMPLETAR DEL ASEGURADO

Ramo: Servicios Médicos     IND     INC     CAA     CLI    N de Póliza: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre: \_\_\_\_\_    Localidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_    CP: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_    E-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_    Celular: \_\_\_\_\_

#### UD ESTA DENUCIANDO (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.

#### 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: