



DENUNCIA RENTA DIARIA POR INTERNACION

Póliza N°:	Certificado N°:
------------	-----------------

INFORMACIONES REFERENTES AL ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS		
DOMICILIO DEL ASEGURADO		
CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
TELÉFONO		EMAIL
C.B.U. (Clave Bancaria Única)		
A fin de agilizar la liquidación del beneficio, si desea transferencia bancaria, por favor proporcionar su Clave Bancaria Única (CBU) de la cuenta bancaria de su titularidad.		
.....		

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO	
	TIPO	NUMERO
OCUPACIÓN		
MOTIVO DE LA INTERNACION	FECHA DE INTERNACION	FECHA DE ALTA

Se deberá adjuntar Historia Clínica de su internación.

Declaración del Reclamante

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi autorización para que Argentina Salud y Vida Compañía de Seguros de Vida S.A. pueda recabar cualquier información de cualquier Establecimiento Asistencial (Sanatorio, Hospital, Clínica, Instituto, Policlínico, etc.) y de todo médico que me haya atendido.

Lugar y Fecha

Firma-Aclaración-

.....

.....



INFORME MÉDICO

NOTA: Este formulario debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo.

OBSERVACION: El profesional médico que falseare datos relativos a la lesión o enfermedad por la que reclama el asegurado, incurrirá en el delito de falsificación de Documentos que contempla el artículo 295 del Código Penal que dice "Sufrirá prisión de un mes a un año el médico que diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia, presente o pasada, de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio..." Asimismo incurrirá en delito de la estafa previsto en los artículos 172 y 173 inciso 3° del Código Penal y castigado con pena de un mes a seis años en prisión.

DATOS DEL PACIENTE

Nombres / Apellidos:

Fecha de nacimiento: / /

Domicilio:

Diagnóstico (describir de existir complicaciones) y antecedentes de la enfermedad, fechas y tratamientos que recibía el paciente por esta u otra afección.

.....
.....
.....

Fecha en que aparecieron los síntomas de esta afección: / /

¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado, hay otros médicos actuantes?

.....
.....

¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar conectado con la afección que padece?

.....
.....
.....

Describa cualquier otra afección que lo afecte actualmente

.....
.....
.....
.....
.....

Describa procedimiento quirúrgico, si existe alguno

.....
.....
.....

Fecha de Internación:/...../

Fecha de Alta/...../.....

Fecha/...../.....

Firma y Sello –Nro. De Matrícula-(T.E. celular y de consultorio)



INFORMACIÓN SOBRE LA INTERNACIÓN

Por medio de la presente informamos que el paciente _____

ha sido/será internado en (nombre del Establecimiento Asistencial) _____

(dirección) _____

por prescripción del doctor _____

el _____ de _____ de _____, con motivo de _____

(descripción del diagnóstico) y lo está atendiendo el doctor _____

desde el _____ de _____ de _____ .

Antecedentes de la afección, fecha de inicio, otras internaciones

Tipo de Tratamiento, que recibía previo a la internación

Fecha de Admisión: ____ / ____ / ____

Fecha de Egreso: ____ / ____ / ____

Aclaración de firma y cargo

Sello de la Institución