|  |
| --- |
| **FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS E INCIDENCIAS** |

**DATOS DEL ASEGURADO**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE ASEGURADO: |  |
| PÓLIZA: |  |
| PERSONA DE CONTACTO: |  |
| TELÉFONO: | E-MAIL: |

**DATOS DEL PACIENTE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO: |  |
| SEXO: M  F |  |
| FECHA DEL ACTO MEDICO CUESTIONADO: | /  / |
| NRO DE HISTORIA CLÍNICA: |  |

**DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL SINIESTRO / INCIDENCIA (Es esencial que sintetice el hecho que da origen al incidente lo más objetivamente posible)**

**EQUIPO MÉDICO ACTUANTE**

Profesionales:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE Y APELLIDO | ESPECIALIDAD | ¿POSEE SEGURO? | ¿DÓNDE ESTÁ ASEGURADO? |
|  |  | SI  NO |  |
|  |  | SI  NO |  |
|  |  | SI  NO |  |
|  |  | SI  NO |  |

**RECLAMOS**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Recibió algún tipo de reclamos de parte del paciente y/o familiares? | SI  NO |
| ¿De qué tipo fue el reclamo? | Oral  Escrita |
| Fecha de la recepción del reclamo | /  / |
| ¿Recibió Ud. citación policial? | SI  NO |
| ¿Recibió Ud. cédula de notificación judicial? | SI  NO |
| ¿Recibió Ud. carta documento? | SI  NO |
| ¿Posee abogado particular? | SI  NO |
| Datos del abogado particular: (nombre y apellido y teléfonos de contacto) |  |
| ¿Desea usted que un abogado de la compañía actúe como su abogado particular? | SI  NO |

**Remitir copia de la compañía de:**

* Reclamo
* Intimación
* Carta
* Escrito
* Proceso
* Notificación
* Citación judicial
* Cualquier otro escrito relacionado con el reclamo
* Historia clínica y toda documentación medica en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado

Lugar:  Fecha:  /  /

Firma: