



SEGUROS MEDICOS

Su compañía, su seguridad

ANEXO DENUNCIA DE SINIESTROS – INCIDENCIAS

SINIESTRO N°: _____

EQUIPO MEDICO ACTUANTE:

Nombre	Especialidad

PROFESIONAL A CARGO:

RECLAMOS:

¿Recibió algún tipo de reclamos por parte del paciente y/o familiares? SÍ NO

En caso afirmativo, indique la fecha: / / y adjunte copia.

¿De qué tipo? Oral Escrito Administrativo

¿Recibió Ud. Citación Policial? SÍ NO

En caso afirmativo, indique la fecha: / / y adjunte copia.

¿Recibió Ud. Cédula de Notificación? SÍ NO

En caso afirmativo, indique la fecha: / / y adjunte copia.

Remitir copia de:

- 1) Reclamo
- 2) Intimación
- 3) Carta
- 4) Escrito
- 5) Proceso
- 6) Notificación
- 7) Citación judicial
- 8) Cualquier otro escrito relacionado con el reclamo
- 9) Historia Clínica y toda otra documentación médica en poder del Asegurado relacionada con el hecho cuestionado

Firma: _____

Aclaración: _____