

POLIZA:	SINIESTRO:
---------	------------

Para ser conformado por el Asegurado/Denunciante

Datos del Asegurado

APELLIDO Y NOMBRES:	LE/LC/DNI/CI N°:
FECHA DE NACIMIENTO:	TELEFONO:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:

FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: ____ / ____ / ____

Cobertura a denunciar

<input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imágenes: Mód. A	<input type="checkbox"/> Diagnóstico Enfermedades Graves: Mód. B	<input type="checkbox"/> Drogas oncológicas: Mód. B (Claus. Adic.1)	<input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica: Mód. C	<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación para Recién Nacido: Mód. D	<input type="checkbox"/> Intervenciones Quirúrgicas: Mód. E
<input type="checkbox"/> Trasplantes de Organos: Mód. F	<input type="checkbox"/> Est. Histocompatibilidad: Mód. F (Claus. Adic.1)	<input type="checkbox"/> Prótesis y Ortesis: Mód. G	<input type="checkbox"/> HIV: Mód. H	<input type="checkbox"/> Renta Diaria por Internación: Mód. I	<input type="checkbox"/> Op. Obstétricas: Mód. J

Datos del Profesional Interviniente

APELLIDO Y NOMBRES:		
N° DE MATRICULA PROVINCIAL:	N° DE MATRICULA NACIONAL:	LE/LC/DNI/CI N°:
DOMICILIO:	LOCALIDAD:	TELEFONO:

Datos del Establecimiento Asistencial:

NOMBRE:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Previnca Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Lugar y fecha de Emisión

Firma del Asegurado/Denunciante

Para ser conformado por el Profesional tratante/Institución interviniente

Por el presente certifico que el día / / , el Sr/a: _____
LE/LC/DNI/CI N° _____, ha recibido Indicación y/o Diagnóstico, con / sin ingreso a una Institución Médica sobre:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="radio"/> Atención Médica Ambulatoria | <input type="checkbox"/> Diagnóstico por Imágenes | <input type="checkbox"/> Drogas Oncológicas |
| <input checked="" type="radio"/> Internación - Domiciliaria/ Institución Médica: | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Enfermedades Graves | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal Crónica |
| | <input type="checkbox"/> HIV; Interv Quirúrgicas - con/sin colocacion de Prótesis y Ortesis. | <input type="checkbox"/> Estudios de Histocompatibilidad |
| | | <input type="checkbox"/> Trasplante de Organos |

Códigos de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales): ____/____/____

Diagnóstico/s Datos relevantes de la Historia Clínica:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la infomación brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emision

Firma y Sello del Profesional

Firma y Sello del Responsable del Establecimiento Asistencial

DOCUMENTACION MEDICA COMUN A TODOS LOS MODULOS

- Fotocopia de Historia Clínica completa
- Fotocopia de Resumen de Historia Clínica con resolución de tratamiento
- Fotocopia de resultado de Estudios, Imágenes / Diagnóstico / Pre-quirúrgicos (Clínicos, Radiológicos, Ecográficos, Histológicos o de Laboratorio)
- Fotocopia de documento de Identidad
- Fotocopia de Denuncia Policial, en caso de Accidente

PLAZOS DE PRESENTACION DE LA DOCUMENTACION COMUN A LOS MODULOS B; B (Claus.Adic.1); C; E; F; G; H; J.

- 30 días de la fecha del diagnóstico/evento quirúrgico

DOCUMENTACION MEDICA y PLAZOS DE PRESENTACION, PROPIA DE CADA MODULO

MOD. A (Diagnóstico por Imágenes) - Plazo de Presentación: 15 días de efectuado un Estudio	MOD. B (Diagnóstico por Enfermedades Graves) - Fotocopia de Protocolo Quirúrgico (por hallazgo quirúrgico)
MOD. B - Cláusula Adicional 1 - (Drogas Oncológicas) - Copia de orden con prescripción de drogas suministradas, firmada por un médico oncólogo. - Copia de hoja de enfermería con la constancia del suministro de drogas (para internados) - Facturas originales de drogas suministradas.	MOD. C (Insuficiencia Renal Crónica) - Fotocopia de Certif. Diálisis permanente - Fotocopia de Inscripción al INCUCAI - Fotocopia de resultado Est. Filtrado Glomerular
MOD. D-I (Renta Diaria por internación) - Fotocopia Hojas de Internación con detalle de días hasta el Alta Sanatorial - Fotocopia de Protocolo Quirúrgico - Plazo de Presentación: 5 días de la internación	MOD. E ((Intervenciones Quirúrgicas - Alt. A ó B) - Fotocopia de resultados Estudios Ecográficos p/ control de Embarazo (Partos) - Certificado de Nacido Vivo (Partos) - Fotocopia de protocolo Quirúrgico - Fotocopia Informe Anatomopatológico (si la intervención lo requiere)
MOD. F (Trasplante de Organos) - Fotocopia de resultados de Estudio de Histocompatibilidad - Fotocopia de Inscripción al INCUCAI (exclusión autotrasplante) - Fotocopia de constancia de Estadificación Diagnóstica	MOD. F - Cláusula Adicional 1 - (Est. Histocompatibilidad) - Fotocopia de resultados de Estudio de Histocompatibilidad - Fotocopia de Inscripción al INCUCAI (exclusión autotrasplante) - Fotocopia de constancia de Estadificación Diagnóstica
MOD. G (Prótesis y Ortesis) - Fotocopia de protocolo Quirúrgico - Fotocopia de Sticker	MOD. H (HIV) Virus de Inmunodef. Adquirida - Fotocopia de resultado de exámen Carga Viral - Certificación que indique Virus por adicción a Drogas · Tratamiento de desintoxicación y/o rehabilitación -Facturas -en original- por gastos · Tratamiento ambulatorio · Internación · Intervención Quirúrgica