

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

**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

<p><b>MOD. A</b> (Diagnóstico por Imágenes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Plazo de Presentación: 15 días de efectuado un Estudio</li> </ul>	<p><b>MOD. B</b> (Diagnóstico por Enfermedades Graves)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de Protocolo Quirúrgico ( por hallazgo quirúrgico)</li> </ul>
<p><b>MOD. B</b> - Cláusula Adicional 1 - (Drogas Oncológicas)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia de orden con prescripción de drogas suministradas, firmada por un médico oncólogo.</li> <li>- Copia de hoja de enfermería con la constancia del suministro de drogas (para internados)</li> <li>- Facturas originales de drogas suministradas.</li> </ul>	<p><b>MOD. C</b> (Insuficiencia Renal Crónica)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de Certif. Diálisis permanente</li> <li>- Fotocopia de Inscripción al INCUCAI</li> <li>- Fotocopia de resultado Est. Filtrado Glomerular</li> </ul>
<p><b>MOD. D-I</b> (Renta Diaria por internación)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia Hojas de Internación con detalle de días hasta el Alta Sanatorial</li> <li>- Fotocopia de Protocolo Quirúrgico</li> <li>- Plazo de Presentación: 5 días de la internación</li> </ul>	<p><b>MOD. E</b> ((Intervenciones Quirúrgicas - Alt. A ó B)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de resultados Estudios Ecográficos p/ control de Embarazo (Partos)</li> <li>- Certificado de Nacido Vivo (Partos)</li> <li>- Fotocopia de protocolo Quirúrgico</li> <li>- Fotocopia Informe Anatomopatológico (si la intervención lo requiere)</li> </ul>
<p><b>MOD. F</b> (Trasplante de Organos)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de resultados de Estudio de Histocompatibilidad</li> <li>- Fotocopia de Inscripción al INCUCAI (exclusión autotrasplante)</li> <li>- Fotocopia de constancia de Estadificación Diagnóstica</li> </ul>	<p><b>MOD. F</b> - Cláusula Adicional 1 - (Est. Histocompatibilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de resultados de Estudio de Histocompatibilidad</li> <li>- Fotocopia de Inscripción al INCUCAI (exclusión autotrasplante)</li> <li>- Fotocopia de constancia de Estadificación Diagnóstica</li> </ul>
<p><b>MOD. G</b> (Prótesis y Ortesis)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de protocolo Quirúrgico</li> <li>- Fotocopia de Sticker</li> </ul>	<p><b>MOD. H</b> (HIV) Virus de Inmunodef. Adquirida</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fotocopia de resultado de exámen Carga Viral</li> <li>- Certificación que indique Virus por adicción a Drogas <ul style="list-style-type: none"> <li>· Tratamiento de desintoxicación y/o rehabilitación</li> </ul> </li> <li>-Facturas -en original- por gastos <ul style="list-style-type: none"> <li>· Tratamiento ambulatorio</li> <li>· Internación</li> <li>· Intervención Quirúrgica</li> </ul> </li> </ul>