



Formulario de Denuncia de Siniestro Sección Salud

Fecha Denuncia: ____ / ____ / ____

Tipo de siniestro:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Trasplante | <input type="checkbox"/> Cuidados Prolongados en el Hogar |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Alta Complejidad Quirúrgica |

Datos del Asegurado:

Nombre/s y Apellido/s: _____

DNI: _____ CUIT/CUIL: _____

Ocupación: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil

Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: ____ Género: M F

Datos de/los Denunciante/s - Beneficiario/s:

Nombre/s y Apellido/s: _____

DNI: _____ CUIT/CUIL: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: M F

Dirección: Calle: _____ Nº: _____ Piso: ____ Depto: ____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. Fijo: _____ Email: _____ Celular: _____

Motivo de la denuncia:

Firma del Asegurado

Aclaración de la firma

DNI