

# Informe Médico por internación

Este cuestionario debe ser contestado en forma clara y completa de puño y letra por el que asistió al Asegurado en caso de internación.

## Datos del Asegurado

Por el presente certifico que el día:        /        /        a las        :        hs. ha ingresado a: .....

el/la Sr. Sra.: ..... Documento:  LE  LC  DNI N° .....

Por los motivos expresados más abajo y correspondiendo su alta médica el día: ..... a las .....: .....hs.

INTERNADO: En sala común desde: ...../...../..... hasta: ...../...../.....

En Terapia Intensiva desde: ...../...../..... hasta: ...../...../.....

## Datos de la internación

1. Naturaleza de la Internación:  Accidente  Enfermedad

2. Si la internación del Asegurado fue causada por una enfermedad, indique nombre de la misma y el tratamiento a seguir:

3. ¿A qué fecha o época considera Usted que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado?:

4. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad padecida?  Si  No ¿Desde cuándo?: ...../...../.....

5. Tiene Usted en su poder los protocolos médicos complementarios, solicitados para el diagnóstico, a los que fuera sometido el Asegurado por última enfermedad?  Si  No

6. En caso de respuesta negativa en el ítem anterior, figuran esos estudios en la Historia Clínica de alguna Institución hospitalaria o sanatorial?  Si  No Indique Cuál: .....

7. Si la internación del Asegurado fue causada por un accidente, indique los detalles que sean de su conocimiento: .....

8. Intervención/es realizada/s: .....

9. Código/s de referencia (según Nomenclador de Prestaciones Médicas y Sanatoriales) .....

## Datos de la internación

Nombre y Apellido del médico: ..... Matrícula: .....

Domicilio: ..... Teléfono: .....

## Datos del establecimiento asistencial

Nombre: ..... Dirección: ..... Teléfono: .....

**Declaro que lo expresado por mí en este Informe es exacto y completo, según mi saber y entender.**

Lugar y fecha: ..... / ..... / .....

Firma, aclaración y sello del Profesional

Envíanos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.: Por mail: [denunciasiniestros@supervielleseguros.com](mailto:denunciasiniestros@supervielleseguros.com) Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599 **de lunes a viernes de 9 a 21 hs.**

