

DECLARACIÓN MÉDICO TRATANTE

FORMULARIO DENUNCIA DE SINIESTRO (ANEXO II)

A ser completado exclusivamente por el profesional de la salud interviniente en forma legible.

DATOS DEL PROFESIONAL

Apellido y Nombre: _____

Especialidad: _____

Matrícula Nacional/ Provincial Nro.: _____

Institución/ Clínica/ Hospital: _____

CERTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO O INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Diagnóstico definitivo (CIE-10 o descripción clara):

Fecha de inicio de los síntomas informados por el paciente: / /

Fecha exacta del diagnóstico definitivo: / /

En caso de cirugía, ¿Cuál fue el procedimiento realizado?

Fecha de la intervención quirúrgica: / /

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿El paciente registra antecedentes relacionados con esta patología? SÍ - NO

En caso afirmativo, detalle la fecha de inicio del tratamiento o diagnóstico previo:

¿El paciente requirió internación previa por esta misma causa en los últimos 3 a 5 años?
Indique fechas y centros de salud.

¿Se trata de una afección de carácter: agudo – crónico - congénito?

OBSERVACIONES - COMENTARIOS DEL PROFESIONAL MÉDICO

FIRMA Y DECLARACIÓN JURADA

La omisión o el falseamiento de los datos aquí requeridos por parte del profesional facultativo dará lugar a las acciones legales pertinentes.

Lugar y fecha

Firma

Aclaración y DNI

Envíanos la documentación a Supervielle Seguros S.A por mail a la casilla
denunciasiniestros@supervielleseguros.com

WhatsApp
+54 9 11 6221-7106

Centro de Atención Telefónica
0800 345 1599
lunes a viernes de 9 a 21hs.