

DENUNCIA DE GASTOS MÉDICOS
A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

PARTE A

Declaración del asegurado / Para ser completada por el asegurado

Nombre/s y apellido/s :

Fecha de nacimiento :

Póliza Nº :

Domicilio :

Depto :

Localidad :

CP :

Provincia :

Teléfonos/E-mail :

Ocupación :

Describe la lesión :

El accidente

¿Cuándo ocurrió? (fecha y hora)

Lugar donde ocurrió :

¿Cómo ocurrió?

Datos del primer médico consultado

Nombre/s y apellido/s :

Domicilio :

Depto :

Localidad :

CP :

Provincia :

Teléfonos :

Fecha de la primer consulta :

Nombre de otros médicos que lo asisten por esta lesión :

¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? SI ☐ NO ☐ Indique nombre del hospital :

Fecha de ingreso :

Fecha de egreso :

Totalmente incapacitado : desde

hasta

Parcialmente incapacitado : desde

hasta

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa y las facturas adjuntas son verídicas y cabaes. Doy mi consentimiento para que TPC Compañía de Seguros S.A pueda recabar cualquier información de cualquier médico y/o clínica y otras instituciones que alguna vez me hayan atendido y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Firma y aclaración del asegurado :

Lugar y fecha :

ADJUNTO POR SEPARADO ORIGINALES DE FACTURAS DE GASTOS DE CLÍNICA Y DE TODOS Y CADA UNO DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVINIERON EN EL CASO (CIRUJANO, ANESTESISTA, AYUDANTE, RADIOLOGO, LABORATORISTAS, ETC). TAMBIÉN ADJUNTO INFORME MÉDICO ASISTENTE Y DIAGNÓSTICO.

DENUNCIA DE GASTOS MÉDICOS
A CONSECUENCIA DE UN ACCIDENTE

PARTE B

Para ser completada por el médico asistente:

Nombre/s y apellido/s : Edad :

Dé su diagnóstico completo :

Si se practicó cirugía describa la operación :

¿Dónde se efectuó la operación?

Fecha de la operación :

Honorarios por cirugía únicamente (exclúyanse los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.)

Indique todas las fechas en las cuales atendió al paciente en el hospital :

Total \$:

¿Ordenó ud. la hospitalización? NO ☐ SI ☐ Nombre del hospital :

Admitido el día de de a las AM / PM hs.

Salida el día de de a las AM / PM hs.

Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de la lesión?

¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión?

¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente totalmente incapacitado para efectuar toda y cada una de sus tareas?

Desde Hasta

Obligaciones del paciente en su trabajo :

Observaciones:

Firma del médico y sello :

Aclaración :

Lugar y fecha : Teléfono : E-mail :