

**INFORMACIÓN
SOBRE INTERNACIÓN**

PARTE A

Para ser completado por el establecimiento asistencial donde se efectuó la internación. Cualquier internación debe ser comunicada a TPC Compañía de Seguros S.A dentro de los 5 (cinco) días corridos de haberse efectuado la misma.

Nº de Póliza : Nº de Certificado :

Nacido en : Fecha :

Nacionalidad : Estado civil :

DNI : Teléfono : E-mail :

Por medio de la presente informo que (apellido y nombre del paciente)

ha sido internado en (nombre del establecimiento asistencial y dirección)

..... el día de de 20 con motivo de

(descripción de la enfermedad o lesión)

y ha sido dado de alta el día de de 20 a las horas.

En caso de haber sido la internación en terapia intensiva detallar

Desde el día de de 20 hasta el día Su de de 20 a las horas.

médico asistente es el doctor

Desde el día de de 20

Lugar y fecha : Firma y aclaración :

Sello de la institución de internación : Nombre del Dirección y teléfono :

asegurado principal :

Presentada esta información en (lugar y fecha) :

Aclaración de firma y cargo :

**INFORMACIÓN
SOBRE INTERNACIÓN**

PARTE B

Para ser completado por el asegurado

Nombre/s y apellido/s :

Domicilio :

Departamento :

Localidad :

CP :

Provincia :

Teléfonos :

Profesión :

Ocupación :

Completar en caso de internación por accidente

¿Cuándo ocurrió el accidente? (fecha y hora)

Circunstancias del accidente y sus consecuencias :

¿Hubo intervención policial? SI NO Indique en que comisaría :

Se instruyó sumario judicial SI NO Juzgado interviniente :

¿Se le efectuó dosaje alcohólico y/o toxicológico? SI NO

Completar en caso de internación por enfermedad. Diagnóstico preciso de la enfermedad :

¿Estuvo internado por el mismo diagnóstico anteriormente? SI NO ¿Cuándo?

Indique nombre y dirección de la institución :

Nombre del médico que diagnosticó la enfermedad : Indique

la dirección y tel. del mismo :

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información suministrada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que TPC Compañía de Seguros S.A pueda recabar cualquier información médica y/o clínica y otras instituciones y de cualquier otra compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna y por la presente autorizo a la entrega de dicha información.

Firma y aclaración del asegurado :

DNI :

Lugar y fecha :