

1.- Póliza Nº: \_\_\_\_\_ ( si es renovación de anteriores, indicar números y vigencias): \_\_\_\_\_

2.- Asegurado: \_\_\_\_\_

3.- Vigencia de la cobertura: desde \_\_\_\_\_ hasta: \_\_\_\_\_

4.- Fecha de inicio de la retroactividad: \_\_\_\_\_

5.- Período de extensión de denuncias: \_\_\_\_\_

6.- Fecha de recepción del reclamo fechante por escrito: \_\_\_\_\_

7.- Fecha de prestación del acto médico que puede dar lugar a un reclamo: \_\_\_\_\_

8- Hechos, fundamentos y derecho sobre los que a su juicio se basa el reclamo en su contra: \_\_\_\_\_

En caso de no alcanzar este espacio, favor de utilizar hoja aparte con membrete, firma y sello de la persona y/o Institución a nombre de quien se efectúa esta denuncia)

9.- Hay demanda judicial? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

10.- Fue notificada? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ En qué fecha ?: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Acompaña copia de la demanda: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Hay documentación clínica incorporada a la demanda: Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

11.: Hay proceso pena contra algún médico y/ o auxiliar del Establecimiento Asegurado:

Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Por favor, indicar dónde se halla radicado, Nº de la causa, nombre o carátula de la misma: \_\_\_\_\_

12.: Favor de indicar cómo tomó conocimiento de la existencia de la misma:( p.ej:  
citación, secuestro historia clínica, etc. ) \_\_\_\_\_

13.- Especialidades involucradas: Por favor, indique cuáles son las especialidades y/o servicios que a su juicio se hallan involucradas en este siniestro.

Cirugía General	<input type="checkbox"/>	Anestesiología	<input type="checkbox"/>
Obstetricia	<input type="checkbox"/>	Ginecología	<input type="checkbox"/>
Perinatología	<input type="checkbox"/>	Neonatología	<input type="checkbox"/>
Pediatría	<input type="checkbox"/>	Traumatología y Ortopedia	<input type="checkbox"/>
Neurocirugía	<input type="checkbox"/>	Cirugía Cardiovascular	<input type="checkbox"/>
Clinica Médica	<input type="checkbox"/>	Cardiología	<input type="checkbox"/>
Cirugía Plástica	<input type="checkbox"/>	Oftalmología	<input type="checkbox"/>
Otra (s): _____			

En caso de corresponder a Odontología, Farmacia, Bioquímica o Prácticas obstétricas,  
por favor indicar el tipo de práctica: \_\_\_\_\_

Cuál sería a su juicio el Motivo principal del reclamo: \_\_\_\_\_

Cuál sería a su juicio la fecha aproximada del Acto Médico bajo juzgamiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cuál sería a su juicio la fecha aproximada de la manifestación del daño alegado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**LA RECEPCION POR PARTE DE TPC DEL PRESENTE FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO NO IMPlica MODIFICAR, ALTERAR O INTRODUCIR CAMBIOS EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA ARRIBA INDICADA, CUYAS CONDICIONES, ALCANCES, EXCLUSIONES Y LIMITES SUBSISTEN EN TODAS SUS PARTES.**

Fecha en que se completa este formulario: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración: \_\_\_\_\_

Carácter: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ( Administrador, Director Médico, Jefe de Servicio, Asesor Letrado)