

POLIZA:	SINIESTRO:
---------	------------

PARA SER CONFORMADO POR EL ASEGURADO/DENUNCIANTE

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombres:	LE/LC/DNI/CI N°:	Estado Civil:
Fecha de Nacimiento:	E-Mail:	
Domicilio/Localidad:	Tel. / Cel.:	
N° CUIT/CUIL:	N° CBU:	
FECHA DE INICIO DE ENFERMEDAD: ____ / ____ / _____		

COBERTURA A DENUNCIAR

Diagnóstico por imágenes: Mód. A	Diagnóstico enfermedades graves: Mód. B	Drogas oncológicas: Mód. B (Claus. Adic.1)	Insuficiencia renal crónica: Mód. C	Renta diaria por internación para recién nacido: Mód. D	Intervenciones quirúrgicas: Mód. E
Trasplante de órganos: Mód. F	Est. histocompatibilidad: Mód. F (Claus. Adic.1)	Prótesis y Ortesis: Mód. G	HIV: Mód. H	Renta diaria por internación: Mód. I	Op. Obstétricas: Mód. J

DATOS DEL PROFESIONAL INTERVINIENTE

Apellido y Nombres:	Teléfono:
N° de matrícula provincial:	N° de matrícula provincial:
Domicilio/Localidad:	LE/LC/DNI/CI N°:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL:

Nombre:	Teléfono:
Domicilio/localidad:	

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Previnca Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Lugar y fecha de Emisión

Firma y Aclaración del Asegurado/Denunciante

POLIZA:	SINIESTRO:
---------	------------

PARA SER CONFORMADO POR EL PROFESIONAL TRATANTE/INSTITUCIÓN INTERVINIENTE

Por el presente certifico que el día: ____/____/_____, el Sr./a: _____
ha recibido indicación y/o Diagnóstico, con / sin ingreso a una Institución Médica sobre:

- **Atención Médica Ambulatoria** Diagnóstico por Imágenes Drogas Oncológicas
- **Internación - Domiciliaria/ Institución Médica:** Diagnóstico por Imágenes Insuficiencia Renal Crónica
- HIV; Interv Quirúrgicas - con/sin colocación de Prótesis y Ortesis Trasplante de Órganos
- Estudios de Histocompatibilidad

Códigos de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales): ____/____/____

Diagnóstico/s Datos relevantes de la Historia Clínica:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y fecha de Emisión

Firma y Sello del Profesional

Firma y Sello del Responsable del Establecimiento Asistencial

DOCUMENTACION MEDICA COMUN A TODOS LOS MODULOS

- ◆ Fotocopia de historia clínica completa.
- ◆ Fotocopia de resumen de historia clínica con resolución de tratamiento.
- ◆ Fotocopia de resulta de Estudios, Imágenes / Diagnósticos / Pre-quirúrgicos (Clínicos, Radiológicos, Ecógrafos, Histológicos o de Laboratorio).
- ◆ Fotocopia de documento de Identidad.
- ◆ Fotocopia de denuncia policial, en caso de accidente.

PLAZOS DE PRESENTACION DE LA DOCUMENTACION COMUN A LOS MODULOS B; B (Claus.Adic.1); C; E; F; G; H; J.

- ◆ 30 días de la fecha del diagnóstico/evento quirúrgico.

DOCUMENTACION MEDICA y PLAZOS DE PRESENTACION, PROPIA DE CADA MODULO

<p>MOD. A (DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES)</p> <p>-Plazo de presentación: 15 días de efectuado un estudio</p>	<p>MOD. B (DIAGNÓSTICO POR ENFERMEDADES GRAVES)</p> <p>-Fotocopia de protocolo quirúrgico (por hallazgo quirúrgico)</p>
<p>MOD. B - CLÁUSULA ADICIONAL 1 - (DROGAS ONCOLÓGICAS)</p> <p>-Copia de orden con prescripción de drogas suministradas, firmada por un médico oncólogo.</p> <p>-Copia de hoja de enfermería con la constancia del suministro de drogas (para internados)</p> <p>-Facturas originales de drogas suministradas.</p>	<p>MOD. C (INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA)</p> <p>-Fotocopia de Certif. Diálisis permanente.</p> <p>-Fotocopia de Inscripción al INCUCAI.</p> <p>-Fotocopia de resultado Est. Filtrado Glomerular.</p>
<p>MOD. D-I (RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN)</p> <p>-Fotocopia hojas de internación con detalle de días hasta el alta sanatorial.</p> <p>-Fotocopia de protocolo quirúrgico.</p> <p>-Plazo de presentación: 5 días de la internación.</p>	<p>MOD. E (INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS - ALT. A Ó B)</p> <p>-Fotocopia de protocolo Quirúrgico.</p> <p>-Fotocopia Informe Anatomopatológico (si la intervención lo requiere).</p> <p>Requisitos para la Denuncia de Partos (Normal/Cesárea)</p> <p>-Ecografías de control</p> <p>-Certificado de Nacido Vivo -Legalizado-.</p>
<p>MOD. F (TRASPLANTE DE ORGANOS)</p> <p>-Fotocopia de resultados de Estudio de Histocompatibilidad.</p> <p>-Fotocopia de inscripción al INCUCAI (Exclusion autotrasplante).</p> <p>-Fotocopia de constancia de Estadificación Diagnóstica.</p>	<p>MOD. F - CLÁUSULA ADICIONAL 1 - (EST. HISTOCOMPATIBILIDAD)</p> <p>-Fotocopia de resultados de Estudio de Histocompatibilidad.</p> <p>-Fotocopia de inscripción al INCUCAI (Exclusion autotrasplante).</p> <p>-Fotocopia de constancia de Estadificación Diagnóstica.</p> <p>- Plazo de presentación: 15 días de efectuado el estudio.</p>
<p>MOD. G (PRÓTESIS Y ORTESIS)</p> <p>-Fotocopia de protocolo quirúrgico.</p> <p>-Fotocopia de sticker.</p>	<p>MOD. H (HIV) VIRUS DE INMUNODEF. ADQUIRIDA</p> <p>-Fotocopia de resultado de exámen Carga Viral.</p> <p>-Certificación que indique virus por adicción a drogas.</p> <p>-Tratamiento de desintoxicación y/o rehabilitación.</p> <p>-Facturas -en originales- por gastos</p> <p>-Tratamiento ambulatorio.</p> <p>-Internación.</p> <p>-Intervención quirúrgica.</p>