

**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  ¿Cuando?

.....

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 :

.....