

1.- Póliza N°: _____ (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 fehaciente 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, N° 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"/>
Clínica 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)