

PÓLIZA

1. TOMADOR

Apellido y Nombre ▶ _____

Razón social ▶ _____ CUIT ▶ _____

2. ASEGURADO PRINCIPAL

Apellido y Nombre ▶ _____

Tipo y Número de Documento ▶ _____ Fecha de Nac. ▶ _____

3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

Apellido y Nombre ▶ _____

Razón social ▶ _____ Médico tratante ▶ _____

Diagnóstico ▶ _____

Breve descripción del tratamiento ▶ _____

Fecha de diagnóstico ▶ _____ Fecha de internación ▶ _____ Fecha de alta de internación ▶ _____

4. COBERTURA AFECTADA

- Diagnóstico de Trasplante de Órganos Intervenciones Quirúrgicas (alta complejidad) Renta diaria por internación
 Reintegro de Gasto por Prótesis

DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ADJUNTAR EL ASEGURADO

- Fotocopia del DNI
 - Antecedentes médicos de la enfermedad o lesión padecida
 - Copia de la Historia Clínica completa labrada con motivo de la enfermedad o accidente que aquí se denuncia. Detalle de diagnóstico, tratamientos recibidos y medicamentos suministrados.
 - Copia de todos los estudios complementarios (laboratorios, imágenes, interconsultas, etc.)
 - Historia clínica de los tratamientos de rehabilitación realizados (de corresponder)
 - Certificado médico que acredite el diagnóstico y/o el tratamiento indicado.
 - Fotocopia íntegra del sumario judicial labrado con motivo del accidente, si se hubiese realizado.
 - Comprobante del CBU de la cuenta bancaria a la que, en caso de corresponder, desea se le abone la correspondiente indemnización.
- Enviar a siniestrosseguros@experta.com.ar - El original a Av. Libertador 6902, piso 12, CABA CP 1429.

Declaración Jurada:

Declaro a mi saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Experta Seguros S.A.U. pueda recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Lugar y fecha

Firma y Aclaración del asegurado