

DENUNCIA DE SINIESTRO POR ALTA COMPLEJIDAD MÉDICA, ENFERMEDAD TERMINAL Y COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA TOTAL



**INSTITUTO
DE SALTA**

SEGUROS DE VIDA

España N° 943 - Tel.: 0-800-888-7090
(A4400ANU) Salta - www.institutovida.com.ar

Datos del Asegurado Titular		
Apellido y Nombre del Asegurado		D.N.I.
Domicilio: Calle - N° - Barrio		Localidad/Provincia
		Teléfono
Nombre de su Médico de Cabecera		Tel. de su Médico de Cabecera
Domicilio de su Médico de Cabecera		Email de su Médico de Cabecera

Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a enviar notificaciones de siniestros a la dirección de e-mail informada, las que se considerarán comunicaciones fehacientes.

En caso de corresponder desearía que se acreditara la indemnización:

Cheque: Remesa: Acreditación por CBU: (*) Banco:

CBU N° Tipo de Cuenta: C.A. CTA. CTE. N°

(*) Autorizo a Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. a acreditar en mi cuenta bancaria el importe determinado por esa Aseguradora, que me corresponde en mi carácter de beneficiario, en concepto de indemnización total y de definitiva, según la aplicación de las Condiciones de Póliza. Exonerando a la Cía. de toda responsabilidad ulterior, no teniendo nada más que reclamar por ningún otro concepto, sirviendo tal acreditación en cuenta de suficiente recibo cancelatorio.

Datos del Siniestrado (completar solo en caso que no sea el mismo asegurado titular)		
Apellido y Nombre del Asegurado		D.N.I.
Domicilio: Calle - N° - Barrio		Localidad/Provincia
		Teléfono
Nombre de su Médico de Cabecera		Tel. de su Médico de Cabecera
Domicilio de su Médico de Cabecera		Email de su Médico de Cabecera

INDIQUE COBERTURA SOLICITADA:

Alta Complejidad Médica:

Complejidad Quirúrgica Total:

Enfermedad Terminal:

DETALLE DE LA ENFERMEDAD

Informe naturaleza de la Enfermedad:

Fecha de diagnóstico de la misma:

Médicos especialistas consultados:

En caso de hospitalización indique nombre del Hospital y la fecha de internación:

Declaro a mi mejor saber y entiendo que toda información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que el Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida 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 a la entrega de dicha información.

Firma del Titular: Aclaración: Lugar y Fecha: