

DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE SALUD



**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	DNI N°	Fecha de Nacimiento
Domicilio - Calle - N° - Barrio	Localidad / Provincia	Teléfono
Dirección de E-mail:	Número de Afiliado de Obra Social	

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 consideraran 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 definitiva, según la aplicación de las Condiciones de Póliza. Exonerando a la Cía. de toda responsabilidad ulterior, no teniendo nada mas que reclamar por ningún otro concepto, sirviendo tal acreditación en cuenta de suficiente recibo cancelatorio.

Datos del Siniestrado (Completar sólo en caso que no sea el mismo asegurado titular)		
Apellido y Nombre del Asegurado	DNI N°	Fecha de Nacimiento
Domicilio: Calle - N° - Barrio	Localidad / Provincia	Teléfono
Dirección de Correo Electrónico	Número de Afiliado de Obra Social	

COBERTURA SOLICITADA

INTERNACIÓN

Clínica

Quirúrgica

Partos / Cesárea

PRÁCTICAS AMBULATORIAS

Estudios diagnóstico por Imágenes

Atención de emergencias o urgencias médicas

Cirugías que no requieren internación

DETALLE DE LA ENFERMEDAD

Informe naturaleza de la Enfermedad:

Fecha de diagnóstico de la misma:

Médicos especialistas consultados:

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:.....