

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. 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. 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. 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:.....