

## Seguro de Vida Colectivo y Grupal

### Anexo Formulario Beneficio por Internación

Contratante		
Póliza:	Certificado:	Contratante:

Asegurado						
Apellido y Nombre:						
Tipo y N° Documento:				C.U.I. L:		
Fecha Nacimiento:			Ocupación/Actividad:			
Domicilio:						N°:
Piso:	Dpto.:	Mza:	Block:	Lote:	Barrio:	
Localidad:			Provincia:			CP:
Teléfono:			E-mail:			

Por la presente solicito el presente beneficio con el alcance de sus Condiciones Particulares y Generales que declaro conocer, con motivo de la internación de la persona que se detalla a continuación, como integrante de mi grupo familiar.

Datos de la persona Internada				
Apellido y Nombre:				
Fecha de nacimiento:				
Calidad de:	Titular	Conyugue	Hijo	
Tipo y N° Documento:			C.U.I. L:	

Por la presente autorizo a que el beneficiario lo perciba, cuyos datos expongo a continuación.

Datos del Beneficiario						
Apellido y Nombre:						
Tipo y N° Documento:				C.U.I. L:		
Domicilio:						N°:
Piso:	Dpto.:	Mza:	Block:	Lote:	Barrio:	
Localidad:			Provincia:			CP:
Fecha de internación:						
Lugar de internación:						
Domicilio:						N°
Piso:	Dpto.:	Mza:	Block:	Lote:	Barrio:	
Localidad:			Provincia:			CP:
Teléfono:				Email:		
Atendido por Doctor/a:						

Internación en terapia intensiva	
Fecha desde:	Fecha hasta:

Internación en terapia común	
Fecha desde:	Fecha hasta:

Adjunto copia de la historia clínica completa y alta médica

Lugar y Fecha:
----------------

<b>Firma del Titular Asegurado</b>

Para ser FIRMADO y COMPLETADO por RESPONSABLE del CENTRO ASISTENCIAL

Lugar y Fecha:

<b>Sello y firma del centro Asistencial</b>	<b>Cargo que ocupa</b>	<b>Aclaración de la firma</b>

Completar por el médico tratante
De su diagnóstico completo:
Sírvase detallar todas las complicaciones y causas contribuyentes:
Si fue practicada una operación/es acompañar parte quirúrgico   Fecha:
¿Dio usted orden de internar al paciente?:
Nombre del Establecimiento Asistencial:
En su opinión ¿Cuándo se originó la causa básica de la dolencia?   Fecha:
De acuerdo a su conocimiento ¿Fue el paciente anteriormente atendido a causa de esta dolencia o por una dolencia relacionada con la misma?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es "SI", brinde detalles:
Se le ha prescrito elemento Protésico u Ortopédico (detalle):
¿Cuál es el pronóstico?:
Fecha probable del Alta:

Matrícula número del facultativo:					
Domicilio:					N°:
Piso:	Dpto.:	Mza:	Block:	Lote:	Barrio:
Localidad:			Provincia:		CP:
Teléfono:			Email:		

<b>Firma del Facultativo</b>	<b>Aclaración de firma</b>