



**FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.**

Form. 963

**DENUNCIA DE SINIESTRO
RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL**

PROFESIONALES DE LA SALUD
(Médicos, Odontólogos, Bioquímicos y otros)

INSTITUCIONES DE SALUD
(Clínicas, Sanatorios, Laboratorios y otros)

08
RESP. CIVIL

SINIESTRO N°

Esta denuncia debe ser completada en todas sus partes sin omitir contestación alguna

SECCIÓN I - INFORMACIÓN GENERAL

Tomador: N° de cliente			
Razón Social/ Apellido/s		Nombre/s	
Domicilio:	Localidad:	CPA	Provincia:
Teléfono:	Correo electrónico:		
DNI / CUIT / CUIL	Nacionalidad:		

Asegurado: (No completar en caso que el Asegurado sea el mismo Tomador) N° de cliente:			
Razón Social/ Apellido/s		Nombre/s	
Domicilio:	Localidad:	CPA	Provincia:
Teléfono:	Correo electrónico:		
DNI / CUIT / CUIL	Nacionalidad:		

Póliza N°:	Certificado N° (Sólo para pólizas colectivas):	Endoso N°:
Vigencia: Desde:	Vigencia: Hasta	
Productor:	Agencia:	

En caso de poseer otros seguros vigentes al momento del siniestro indicar:		
Aseguradora:	Póliza N°:	
Riesgo cubierto:	Suma asegurada:	Franquicia:
Vigencia: Desde:	Vigencia: Hasta	

Exclusivo para Profesionales de la Salud (Personas físicas):			
Profesión:	Especialidad:	Tipo y N° de matrícula profesional:	
Indicar si realiza tareas de supervisión, coordinación y/o dirección como:	Jefe de Equipo/Servicio/Sala	Director Médico /Director Técnico	Otro (Detallar)

<i>Si el siniestro hubiera acaecido en una institución de salud, indicar:</i>			
Nombre y/o razón social:			
Domicilio:	Localidad:	CPA	Provincia:
Tipo de establecimiento y actividad:			
¿Posee la institución seguro de Responsabilidad Profesional?	SI	NO	No sabe
En caso afirmativo, indicar nombre de la Aseguradora:			

Exclusivo para Instituciones de Salud (Personas jurídicas)			
Indicar tipo de establecimiento y actividad:			
N° de legajo o registro y organismo ante el cual se encuentra habilitado:			
<i>Datos del Director Médico:</i>			
Apellido y Nombre:			DNI:
N° de matrícula profesional:		Especialidad:	
<i>Datos del Representante Legal:</i>			
Apellido y Nombre:		DNI:	Profesión:
Domicilio:	Localidad:	CPA	Provincia:
Teléfono:	Correo electrónico:		
Fecha de Nacimiento:	Nacionalidad:		

SECCIÓN II - INFORMACIÓN SOBRE EL SINIESTRO

Fecha/s de ocurrencia del/los acto/s o hecho/s cuestionado/s:	
Lugar de ocurrencia:	
Datos del paciente: Apellido/s	Nombre/s:
Fecha de nacimiento:	
Detallar clara y cronológicamente la atención brindada al paciente:	

Indicar si hubo otros profesionales intervinientes:				
1. Apellido y Nombre:		Especialidad:		
Nº de matrícula profesional:	¿Posee póliza de seguro de Responsabilidad Profesional?		Si	No No sabe
Aseguradora:				
2. Apellido y Nombre:		Especialidad:		
Nº de matrícula profesional:	¿Posee póliza de seguro de Responsabilidad Profesional?		Si	No No sabe
Aseguradora:				
Otros: Adjuntar detalle.				
En caso de existir testigos del acto cuestionado, indicar:				
1. Apellido y Nombre:		Vínculo:		
2. Apellido y Nombre:		Vínculo:		

SECCIÓN III - DATOS DEL RECLAMO

Indicar si se trata de: Lesiones Muerte Otros (Detallar):				
Si se tratara de un caso de muerte, indicar los datos de la persona reclamante y su vínculo con el paciente:				
Apellido/s			Nombre/s	
DNI:		Vínculo con el paciente:		
Domicilio:		Localidad:	CPA	Provincia:
Indicar tipo de reclamo y fechas:				
1. Reclamo extrajudicial			Fecha de recepción	
2. Audiencia de Mediación		Fecha de notificación:	Fecha audiencia:	
3. Beneficio de Litigar sin gastos		Fecha de notificación:	Fecha audiencia:	
4. a) Secuestro de Historia clínica u otra documentación médica			Fecha secuestro:	
b) Solicitud judicial de Historia clínica u otra documentación médica		Fecha de solicitud:	Fecha de entrega:	
5. Demanda Civil		Fecha notificación:	Plazo contestación:	días
6. Comparendo		Fecha notificación:	Fecha comperendo	
7. a) Causa Penal: Citación como testigo		Fecha de notificación:	Fecha audiencia:	
b) Causa Penal: citación como imputado		Fecha de notificación:	Fecha audiencia:	
8. Otro (Detallar)				
Para los puntos 2 a 8 precedentes indicar carátula y juzgado interviniente:				

IMPORTANTE:

Mencionar si cuenta con patrocinio de abogado particular para contestación de demanda, concurrencia a audiencias, citaciones, defensa en juicio: **SI NO**

Indicar documentación que se acompaña:				
Cédula de notificación	Carta documento	Demanda civil	Reclamo extrajudicial	Historia clínica
Otras constancias médicas (Especificar)				
Otro tipo de documentación (Detallar)				

IMPORTANTE: Adjuntar siempre copia completa y legible de la **HISTORIA CLINICA** del paciente.

SECCIÓN IV - OBSERVACIONES

Aclaración:

Matricula Profesional:

Firma del Asegurado

Confecionada en: Lugar

Fecha: