



FEDERACION PATRONAL
SEGUROS S.A.

08

**RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
PRAXIS MEDICA INDIVIDUAL / INSTITUCIONAL
DENUNCIA DE SINIESTRO**

SINIESTRO N°

INFORMACIÓN GENERAL

Asegurado: _____ Matrícula: _____
 Tomador: _____ Póliza
 Certificado:
 Endoso:
 Vigencia: Desde: / / Hasta: / /
 DOMICILIO DEL ASEGURADO: Calle _____ N° _____
 Localidad: _____ Provincia: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ E-mail: _____
 Especialidad: _____ Jefe de equipo o director: SI NO
 Productor: _____ Agencia: _____

DETALLES DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Apellido/s, nombre/s y edad del paciente (Indicar: Lesión / Muerte):

Fecha y lugar (indicar si la institución posee seguro por praxis medica) del acto médico cuestionado
 Detallar clara y cronológicamente la atención brindada al mismo:

Otros profesionales intervinientes (indicar especialidades y seguros individuales de Praxis Medica):
 1. _____
 2. _____
 3. _____

Testigos del acto médico:
 1. _____
 2. _____

DETALLES DEL RECLAMO

Secuestro de Historia Clínica o Fichas Médicas: SI NO Fecha del secuestro: _____
 Solicitud Judicial de Historia Clínica o Fichas Médicas: _____ Fecha de la solicitud: _____
 Causa penal: SI NO
 Citación en carácter de testigo: SI NO Fecha de notificación: _____
 Citación en carácter de imputado: SI NO Fecha de la citación: _____
 Demanda Civil / Comparendo: SI NO Fecha de notificación: _____
 Fecha de comparendo: _____
 Beneficio de litigar sin Gastos: SI NO Fecha de notificación: _____
 Fecha de audiencia: _____
 Citación a audiencia de Mediación: SI NO Fecha de notificación: _____
 Fecha de audiencia: _____

En caso de haber recibido alguna de las notificaciones anteriormente mencionadas, indicar carátula y Juzgado interviniente:

Otra forma de reclamo:

Mencionar si cuenta con patrocinio letrado particular para contestación de demanda o concurrencia a audiencias y/o citaciones:

Indicar documentación que se acompaña:

Firma del Asegurado

Aclaración

Matrícula Profesional

D.N.I. N°

Lugar :

Fecha:

Observaciones:

ADJUNTAR

Copia completa y legible de la **HISTORIA CLINICA** del paciente.