

PÓLIZA

## 1. TOMADOR

Apellido y Nombre ▶ \_\_\_\_\_

Razón social ▶ \_\_\_\_\_ CUIT ▶ \_\_\_\_\_

## 2. ASEGURADO PRINCIPAL

Apellido y Nombre ▶ \_\_\_\_\_

Tipo y Número de Documento ▶ \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. ▶ \_\_\_\_\_

## 3. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

Apellido y Nombre ▶ \_\_\_\_\_

Razón social ▶ \_\_\_\_\_ Médico tratante ▶ \_\_\_\_\_

Diagnóstico ▶ \_\_\_\_\_

Breve descripción del tratamiento ▶ \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico ▶ \_\_\_\_\_ Fecha de internación ▶ \_\_\_\_\_ Fecha de alta de internación ▶ \_\_\_\_\_

## 4. COBERTURA AFECTADA

- Diagnóstico de Trasplante de Órganos     Intervenciones Quirúrgicas (alta complejidad)     Renta diaria por internación  
 Reintegro de Gasto por Prótesis

## DOCUMENTACIÓN QUE DEBERÁ ADJUNTAR EL ASEGURADO

- Fotocopia del DNI
- Antecedentes médicos de la enfermedad o lesión padecida
- Copia de la Historia Clínica completa labrada con motivo de la enfermedad o accidente que aquí se denuncia. Detalle de diagnóstico, tratamientos recibidos y medicamentos suministrados.
- Copia de todos los estudios complementarios (laboratorios, imágenes, interconsultas, etc.)
- Historia clínica de los tratamientos de rehabilitación realizados (de corresponder)
- Certificado médico que acredite el diagnóstico y/o el tratamiento indicado.
- Fotocopia íntegra del sumario judicial labrado con motivo del accidente, si se hubiese realizado.
- Comprobante del CBU de la cuenta bancaria a la que, en caso de corresponder, desea se le abone la correspondiente indemnización.

### Declaración Jurada:

Declaro a mi saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Experta Seguros 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 la entrega de dicha información.

Lugar y fecha

Firma y Aclaración del asegurado