

MP:

SOCIO:

Estimado Socio

De acuerdo al formulario retirado por Ud., le informamos que para dar curso a su expediente, debe cumplimentar con toda la documentación abajo detallada y con el plazo 5 (cinco) días de ocurrido el siniestro.

### Renta Diaria

---

- ✓ Completar Formulario de Denuncia de Siniestro
- ✓ Fotocopia de DNI
- ✓ Certificado Médico indicando diagnóstico y días de reposo.
- ✓ Resumen de historia Clínica emitida por el médico tratante.
- ✓ Estudios Realizados y/ó foja quirúrgica

### Alta complejidad

---

- ✓ Completar Formulario de Denuncia de Siniestro
- ✓ Fotocopia de DNI
- ✓ Fotocopia de Historia Clínica completa
- ✓ Estudios Realizados
- ✓ 3 Presupuestos y Factura abonada en concepto de prótesis (en caso de requerir ésta cobertura)

### Fondo Quirúrgico

---

- ✓ Completar Formulario de Denuncia de Siniestro
- ✓ Fotocopia de DNI
- ✓ Fotocopia de Historia Clínica completa
- ✓ Estudios Realizados

Firma:

Aclaración:

Parentesco:

Fecha: