

CESIÓN DE DERECHOS DEL ASEGURADO

SALUD SEGURA MAX



PÓLIZA	CERTIFICADO	
NRO. DE SINIESTRO		
SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN		

TOMADOR O TITULAR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL												
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT					NRO.:							
	CALLE:						NRO.		PISO		DTO.		
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA		TELÉFONO			

ASEGURADO ATENDIDO	APELLIDO Y NOMBRES												
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI					NRO.:						FECHA DE NACIMIENTO	
	COBERTURA POR LA QUE SOLICITA LA CESIÓN DE DERECHOS:												
<input type="checkbox"/> INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS <input type="checkbox"/> TRASPLANTES <input type="checkbox"/> RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN													

ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL O MÉDICO AL QUE SE CEDE EL DERECHO	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL												
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT					NRO.:							
	CALLE:						NRO.		PISO		DTO.		
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA		TELÉFONO			
	MÉDICO TRATANTE						DIGNÓSTICO						
	FECHA DE INTERNACIÓN DESDE						FECHA DE INTERNACIÓN HASTA						
	LUGAR: _____			FIRMA DEL CONTRATANTE				SELLO DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL					
FECHA: ____/____/____													

En caso de requerir el pago por transferencia bancaria deberá adjuntar copia de la constancia de CBU.

AUTORIZACIÓN DE CESIÓN	CEDO A FAVOR DE:		
	CON DOMICILIO EN:		
	LA SUMA DE:		\$
	Correspondiente a la indemnización de la póliza de referencia, solicitando que el pago se realice directamente a nombre del cesionario individualizado en este documento.		
	Declaro a mi saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Sancor Coop. de Seguros Ltda. 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: _____		FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR	
FECHA: ____/____/____		ACLARACIÓN DE FIRMA	

IMPORTANTE	<ul style="list-style-type: none"> En todos los casos deberá llenarse en forma completa la presente solicitud en "Datos del Asegurado Atendido" y "Datos del Establecimiento Asistencial" y estar firmado por el Médico Tratante, incluyéndose el sello del Establecimiento Asistencial. Deberá cumplimentarse el presente formulario por Triplicado: Original y Duplicado enviar a Sancor Seguros para que se retorne luego original autorizado al establecimiento y/o médico. El pago del monto de la cesión se efectuará una vez cumplimentado los pasos mencionados. Deberá acompañarse: <ul style="list-style-type: none"> - historia clínica completa La Aseguradora podrá requerir cualquier otra documentación adicional, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Contractuales. 		

A COMPLETAR ASEGURADORA	CÓDIGO DEL NOMENCLADOR		
	AUTORIZACIÓN		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	VºBº AUDITORÍA MÉDICA		AMPLIACIONES MÉDICAS A SOLICITAR:
FECHA: ____/____/____		FECHA: ____/____/____	
FIRMA		FECHA: ____/____/____	

A fin de conocer la documentación a presentar en caso de siniestro, consulte el PROTOCOLO DE SINIESTROS en www.gruposancorsegueros.com