

DECLARACION DEL ASEGURADO REFERIDA A LA INTERNACIÓN

Nota: Para ser completado por el Asegurado.

CUALQUIER INTERNACIÓN DEBERÁ SER COMUNICADA A CREDITOS DIRECTOS O A SURCO SEGUROS DENTRO DE LOS TREINTA DIAS CORRIDOS DE HABERSE INICIADO.

Datos Personales:

Nombres y Apellidos: _____

Domicilio: _____ Departamento: _____

Localidad: _____ CP: _____ TEL/CEL: _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

.....
COMPLETAR EN CASO DE INTERNACIÓN POR ACCIDENTE:

¿Cuándo ocurrió el accidente? ____/____/____ a las ____ horas.

Circunstancias del accidente y sus consecuencias: _____

¿Hubo intervención Policial? Si No Indique qué seccional policial: _____

¿Se instruyó sumario judicial? Si No Juzgado interviniente: _____

¿Se le realizó prueba de alcoholemia y/o análisis toxicológico? _____

(En caso afirmativo, indicar resultado)

.....
COMPLETAR EN CASO DE INTERNACIÓN POR ENFERMEDAD:

Diagnóstico preciso de la enfermedad: _____

Fecha del diagnóstico: ____/____/____. Diagnosticado por Dr./Dra: _____

Indique la dirección y tel del mismo: _____

¿Estuvo internado por el mismo diagnóstico anteriormente? Si No ¿Cuándo? _____

Indique nombre y dirección de la institución: _____

Declaro que la información contenida en la presente declaración es completa y exacta, así como la que he dado o diere como complemento de la misma. Asumo total responsabilidad por la información contenida, aún la no escrita por mí. He sido previa, expresa e inequívocamente informado de la finalidad a la que se destinarán los datos relacionados con mi salud. Doy mi consentimiento para que SURCO SEGUROS pueda recabar cualquier información médica y/o clínica de otras instituciones medicas o similares sobre mi estado de salud pasado, actual o futuro, y por la presente autorizo a la entrega de dicha información.

Fechado en: _____, el _____, de _____ de 20____.

Firma del Asegurado

Aclaración

C.I.