



## FICHA MÉDICA

### RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN

#### Datos personales a completar

##### SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cuenta

NOMBRE Y APELLIDO  
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

NÚMERO DE SINIESTRO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

##### SECCIÓN 2 - Declaración del médico

APELLIDO y NOMBRE DEL PACIENTE:

INDIQUE SI LA INTERNACION FUE DERIVADA DE UN TRATAMIENTO No Sí ¿CUÁL FUE ESE TRATAMIENTO?

*Certifico por este medio que la información anterior se basa en probabilidades médicas razonables y que a mi entender la misma es verdadera y correcta.*

APELLIDO Y NOMBRE  
DEL PROFESIONAL

MATRICULA PROFESIONAL N.º

DOMICILIO REAL:  
(CALLE/C. POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE  
CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

FECHA

##### SECCIÓN 3- Declaración del establecimiento asistencial

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

LOCALIDAD

DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO

NÚMERO  
DE TELÉFONO

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE

FECHA DE ALTA DEL PACIENTE

SI EL PACIENTE ESTUVO INTERNADO EN TERAPIA INTENSIVA: FECHA DE INGRESO

FECHA DE EGRESO

INDIQUE SI LA INTERNACIÓN FUE DERIVADA DE UN TRATAMIENTO Sí NO

CUAL FUE EL TRATAMIENTO?

CUÁNDO SE ORIGINÓ LA CONDICIÓN MÉDICA O ENFERMEDAD QUE OCASIONÓ LA INTERNACIÓN?

FUE MOTIVO DE UNA ENFERMEDAD? CUAL?:

SE ENCUENTRA EN ESA INSTITUCION  
LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE Sí No

EL PACIENTE FUE DERIVADO DE  
OTRO ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO Sí No ¿CUÁL?

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE QUE CONSIGNO LOS DATOS

SELLO DEL NOSOCOMIO, HOSPITAL, CLINICA O ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL

*El/los contratantes y/o beneficiario/s adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 126/2023 y N° 35/2023 y sus modificatorias de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer los requisitos de información que le/s serán requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación. De conformidad con las disposiciones de la Ley N° 25.326 y demás disposiciones complementarias, la entidad aseguradora informa al solicitante que los datos provistos serán incluidos en una base de datos de su titularidad, con la finalidad de cumplir con la normativa vigente. El suministro de su información personal es voluntario, pero en caso de que decida no hacerlo, no podrá hacer uso de los servicios de la Entidad Aseguradora. La información personal podrá ser compartida con terceros que brinden servicios de: (i) manejo electrónico de datos; y/o (ii) servicios relacionados con el objeto de la presente solicitud, tales como encuestas de calidad, entre otros. Autorizo el tratamiento de mi información personal con los fines y las formas descriptas en la Ficha Médica. Para más información consulte nuestro Aviso de privacidad en [www.assurant.com.ar/product-privacy-notice](http://www.assurant.com.ar/product-privacy-notice)*

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA