

**Seguro de Vida Colectivo y Grupal
 Anexo Formulario Enfermedades Graves o Terminales**

| | |
|-------------------|------------------------|
| Póliza N°: | Certificado N°: |
|-------------------|------------------------|

Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa

| Datos del médico de cabecera del Asegurado | |
|--|--|
| Apellido y Nombre: | |
| Domicilio: | |
| Teléfono: | |

| Detalles de la enfermedad que diera origen al reclamo | | |
|---|-------------|---------------------------------------|
| Fecha de Inicio de la Enfermedad: | | |
| Diagnósticos: | | |
| Tratamientos seguidos: | | |
| Cantidad de días que estuvo internado en: | Sala común: | Internación Domiciliaria: |
| Terapia Intermedia y Cuidados Especiales: | | Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: |
| Establecimientos asistenciales: | | |
| Médicos tratantes: | | |

| Datos del Profesional tratante de la afección | |
|---|-------------------------------|
| Apellido y Nombres: | |
| Número de Matrícula Provincial: | Número de Matrícula Nacional: |
| Tipo y Número de Documento: | Teléfono: |
| Domicilio: | |

| |
|---|
| Documentación Médica a presentar |
| |

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a la Compañía a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

| | |
|---------------------------------|---|
| | |
| Lugar y Fecha de Emisión | Firma del Denunciante - Aclaración |

| Para ser completado por el profesional tratante |
|--|
| Por la presente certifico que desde el día ___/___/___ he atendido y tratado al paciente _____ _____ LE / LC / DNI / CI N°: _____ por la afección cuya descripción se detalla a continuación. |
| Diagnóstico y Estadio: |
| Diagnóstico / Datos relevantes de la Historia Clínica: |
| Fecha estimada de inicio de la enfermedad: |
| Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la misma: |
| Si la enfermedad es terminal, indique plazo de sobrevivencia estimado: |
| ¿Conoce Ud. si el Asegurado estuvo internado a causa de la afección? De ser de vuestro conocimiento, por favor consignar Establecimientos Asistenciales y fechas: |
| Otros comentarios que considere de interés: |

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

| | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| | |
| Lugar y Fecha de Emisión | Firma y sello del Profesional |