

**Seguro de Vida Colectivo y Grupal  
Anexo Formulario Operación de By Pass**

<b>Póliza N°:</b>	<b>Certificado N°:</b>
-------------------	------------------------

**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 afección que diera origen a la intervención**

Fecha de Inicio de los Síntomas y/o de la Enfermedad de Base que motivara la Intervención:
Fecha de Confirmación Diagnóstica:
Diagnóstico Principal:
Diagnósticos Complementarios, si los hubiera:

**Intervenciones previas a la intervención relacionadas con la afección**

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 Establecimiento Asistencial donde se efectuó la intervención**

Denominación:
Domicilio:
Teléfono:

**Datos del Profesional que efectuará la intervención**

Apellido y Nombres:	
Número de Matrícula Provincial:	Número de Matrícula Nacional:
Tipo y Número de Documento:	Teléfono:
Domicilio:	

<b>Documentación Médica a presentar</b>
---

**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.**

<b>Lugar y Fecha de Emisión</b>

<b>Firma del Denunciante - Aclaración</b>

**Para ser completado por el profesional tratante**

Por la presente certifico que desde el día ___ / ___ / ___ he realizado a _____ _____ LE / LC / DNI / CI N°: _____ la/s intervención/es quirúrgica/s que se detalla/n a continuación.
Denominación de la/s intervención/es realizada/s:
Código/s de referencia (Según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanitarias):
Otros comentarios que considere de interés:

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

<b>Lugar y Fecha de Emisión</b>

<b>Firma y sello del Profesional</b>

<b>Lugar y Fecha de Emisión</b>

<b>Firma y Aclaración del responsable del Establecimiento Asistencial</b>