

Seguro de Vida Colectivo y Grupal Anexo Formulario Trasplante de Órganos

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 afección que diera origen al trasplante	
Fecha de Inicio de los Síntomas y/o de la Enfermedad de Base que generará la necesidad del trasplante:	
Fecha de Confirmación Diagnóstica:	Fecha de notificación al INCUCAI:
Diagnóstico Principal:	
Diagnósticos Complementarios, si los hubiera:	

Datos del Establecimiento Asistencial donde se efectuará el trasplante	
Denominación:	
Domicilio:	
Teléfono:	

Datos del Profesional que efectuará el trasplante	
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 realizado a _____ _____ LE / LC / DNI / CI N°: _____ el trasplante que se detalla a continuación:	
Órganos trasplantados:	
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

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y Aclaración del responsable del Establecimiento Asistencial