

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

NOMBRE Y APELLIDO:

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:

N° DE MATRÍCULA PROVINCIAL:

N° DE MATRÍCULA NACIONAL:

TIPO Y N° 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

ANEXO FORMULARIO ENFERMEDADES GRAVES O TERMINALES

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