

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

NOMBRE Y APELLIDO:

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:

DIAGNÓSTICO COMPLEMENTARIOS, SI LOS HUBIERA:

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUARÁ EL TRASPLANTE

DENOMINACIÓN:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EFECTUARÁ EL TRASPLANTE

NOMBRE Y APELLIDO:

N° DE MATRÍCULA PROVINCIAL:

N° DE MATRÍCULA NACIONAL:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

TELÉFONO:

DOMICILIO:

DOCUMENTACIÓN 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

FIRMA Y 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:

ORGANOS 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

FIRMA Y SELLO PROFESIONAL

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL