



Denuncia de Trasplante

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA.

Datos del Asegurado

1. Póliza N° / Entidad donde contrató el seguro: _____
2. Nombre/s y apellido/s del Asegurado _____
3. Domicilio _____
Localidad _____ Código Postal _____
4. N° de Teléfono _____
5. Fecha de nacimiento _____ 6. Tipo y número de doc. _____

Forma de Pago

En caso de que tu siniestro se apruebe necesitamos estos datos para poder pagarte correcta y rápidamente

7. Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta: _____
8. N° de CUIT/ CUIL del Titular de la Cuenta (11 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
9. Banco: _____
10. N° de CBU (22 dígitos):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Detalles de la Enfermedad

11. Le rogamos indique cualquier detalle, inclusive fechas en cuanto a la enfermedad sufrida, los médicos y especialistas que fueron consultados, el tratamiento seguido y, en caso de una hospitalización, el nombre del hospital.
12. Naturaleza de la enfermedad: _____

13. Detalle cualquier consulta efectuada referida a la enfermedad sufrida:

Fechas	Nombre del Médico u Hospital	Tratamiento

Si Ud. posee informes de médico o de hospital en cuanto al tratamiento recibido en el caso de la enfermedad sufrida, le rogamos nos haga llegar una copia de los mismos.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento a **CARDIF Seguros S.A.** para recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Le informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria. En el caso que no pudiera enviar alguna de la documentación requerida, le solicitamos que agregue una nota aclaratoria, indicando el motivo por el cual no puede remitir dicha información.

Lugar y Fecha	Firma del Asegurado	Aclaración

Informe del Médico

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asiste a la persona Asegurada en caso de trasplante. Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas.

Datos del Asegurado

1. Póliza N° / Entidad donde contrató el seguro:

2. Nombre/s y Apellido/s del Asegurado

3. Domicilio

Localidad _____ Código Postal _____
4. Fecha de Nacimiento _____ 5. Lugar de Nacimiento _____
6. Estado Civil _____ 7. Tipo y Número de Doc. _____

Datos sobre la Enfermedad

9. Diagnostico, estado actual y pronóstico de enfermedad del Asegurado:

10. Fecha en la que el Asegurado se dió cuenta de la enfermedad:

11. ¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad?:

12. ¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos o subjetivos que motivaron al Asegurado a consultarlo?

13. ¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos o subjetivos que motivaron al Asegurado a consultarlo?

14. ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado? Informe el nombre de los otros.

Detalle los tratamientos que le prescribió al paciente con motivo de su enfermedad y qué tipo de medicación recibe:

15. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si lo hace?

16. ¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar relacionado con la enfermedad que padece?

17. ¿Qué limitaciones físicas tiene el Asegurado en la actualidad? Detalle y aporte los estudios complementarios (TAC, R.MN, Rx, Laboratorio, etc.) que demuestren la enfermedad desde el diagnóstico hasta la actualidad y/o resultado de los mismos.

En caso de enfermedades del corazón, rogamos indique:

18. Historial de dolores torácicos, refiera resultados de estudios

19. Cambios de ECG, ecocardiograma, ergometría, perfusión con TALIO, etc.

20. En el caso de cirugía arterio-coronaria, le rogamos indique detalles en cuanto a la intervención efectuada: (Tipo)

21. En caso de derrame o hemorragia e infarto cerebral, le rogamos indique detalles en cuanto a cualquier secuela neurológica con una duración de más de 1 semana

22. Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual:

En caso de cáncer, describalo con detalle y aporte los estudios complementarios y/o resultados que diagnosticaron la enfermedad y los resultados actuales:

En caso de Insuficiencia renal, aporte fecha y lugar donde se realizó la fístula arteriovenosa. Indique el centro Nefrológico donde realiza diálisis y cada cuanto con tiempo de duración.

Sería de gran ayuda si Ud. nos pudiera entregar informes de hospital, valoración de ECG, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que Ud. pudiera tener.

Declaro que lo expresado por mí en este Informe es exacto y completo, según mi saber y entender.

Datos del Médico:

Nombre y Apellido del Médico:

Matrícula:

Domicilio del consultorio

Teléfono

Domicilio particular

Teléfono

Este informe deberá ser enviado en sobre cerrado directamente a CARDIF Seguros de Vida S.A., la cual tratará esta información en forma totalmente confidencial, resguardando el secreto médico.

Lugar y Fecha

Firma y sello del Médico

Firma y sello del Médico