



Denuncia de Siniestro **Enfermedades Críticas**

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA (no se deberá omitir ninguna).

Datos del Asegurado

1. Entidad donde adquirió el seguro:

2. Nombre/s y apellido/s del Asegurado

3. Domicilio

Localidad

Código Postal

4. N° de Teléfono

E-mail:

5. Fecha de nacimiento

6. Lugar de Nacimiento

7. Estado Civil

8. 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.

8. Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta:

9. N° de CUIT/ CUIL del Titular de la Cuenta (11 dígitos):

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

10. Banco:

11. N° de CBU (22 dígitos):

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

Detalle de la Enfermedad

10. 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.

11. Naturaleza de la enfermedad:

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/Denunciante	Aclaración
---------------	---------------------------------	------------



Informe del Médico – Enfermedad Crítica

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asiste al Asegurado en caso de Diagnóstico de Enfermedad Crítica. Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas.

Datos del Asegurado

1. Entidad donde adquirió el seguro:

2. Nombre/s y apellido/s del Asegurado

3. Domicilio

Localidad

Código Postal

4. N° de Teléfono

E-mail:

5. Fecha de nacimiento

6. Lugar de Nacimiento

7. Estado Civil

8. Tipo y número de doc.

Datos sobre la enfermedad

8. Diagnóstico de la enfermedad que padece el asegurado, pronóstico y tratamientos instituidos a seguir:

9. Detalle los estudios complementarios que indiquen el diagnóstico, evolución y estado actual de la enfermedad:

10. Manifieste las terapéuticas propuestas al asegurado ¿El mismo se encuentra en estado de postración? Especifique si tiene pendientes internaciones y/o cirugías.

11. Describa el compromiso de la enfermedad en todos los aparatos y sistemas, y cuáles de ellos podrían ser reversibles.

12. ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado?
Detalle los tratamientos que les prescribió al paciente con motivo de su enfermedad y que tipo de medicación recibe:

Cardif Seguros S.A.

Bouchard 557 6° Piso C1106ABG - Capital Federal

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

13. Nombre y Apellido: _____ Matricula: _____
14. Domicilio del consultorio: _____
15. Teléfono: _____

_____|_____|_____

Lugar y Fecha Firma y sello del Médico Aclaración

}