



FICHA MÉDICA

ENFERMEDADES CRÍTICAS

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del asegurado

NOMBRE Y APELLIDO
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

NÚMERO DE SINIESTRO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

¿HAS HECHO ALGÚN RECLAMO PREVIO?: SÍ NO

SI TU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ¿CUÁNDO?:

INDICA CUÁL ES LA ENFERMEDAD
QUE SUFRE EL ASEGURADO:

CÁNCER
APOPLEGIA
DISTRÓFIA

ESCLEROSIS
TRASPLANTE
INSUFICIENCIA RENAL

PARÁLISIS
INFARTO DE MIOCARDIO
BYPASS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS

SECCIÓN 2 - Declaración del médico

APELLIDO y NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD

BREVE DESCRIPCIÓN:

ANTES DEL DIAGNOSTICO, RECIBIÓ: CUIDADO/ATENCIÓN/TRATAMIENTO//CONSEJO MÉDICO? No SÍ ¿CUÁL?

Certifico por este medio que la información anterior se basa en probabilidades médicas razonables y que a mi entender la misma es verdadera y correcta.

APELLIDO Y NOMBRE
DEL PROFESIONAL

MATRICULA PROFESIONAL N.º

DOMICILIO REAL:
(CALLE/C. POSTAL/CIUDAD/PROVINCIA)

NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN DE
CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

FECHA

SECCIÓN 3 - Datos del denunciante

NOMBRE Y APELLIDO
DEL DENUNCIANTE:

NÚMERO DE DNI:

CORREO ELECTRONICO:

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO:

.....
FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 11/2011, N° 52/2012, N° 28/2018, N° 134/2018 y N° 15/2019 de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer los requisitos de información que le/s será/n requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación "