



FICHA MÉDICA

ENFERMEDADES CRÍTICAS

Datos personales a completar

Datos del titular de la cuenta, adicional o reclamante

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
DISTROFIA

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, RECIBÍ: 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

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 126/2023 y N° 35/2023 y sus modificatorias 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. De conformidad con las disposiciones de la Ley N° 25.326 y demás disposiciones complementarias, la entidad aseguradora informa al solicitante que los datos provistos serán incluidos en una base de datos de su titularidad, con la finalidad de cumplir con la normativa vigente. El suministro de su información personal es voluntario, pero en caso de que decida no hacerlo, no podrá hacer uso de los servicios de la Entidad Aseguradora. La información personal podrá ser compartida con terceros que brinden servicios de: (i) manejo electrónico de datos; y/o (ii) servicios relacionados con el objeto de la presente solicitud, tales como encuestas de calidad, entre otros. Autorizo el tratamiento de mi información personal con los fines y las formas descriptas en la Ficha Médica. Para mas información consulte nuestro Aviso de privacidad en www.assurant.com.ar/product-privacy-notice

SECCIÓN 3 -Datos del denunciante

NOMBRE Y APELLIDO
DEL DENUNCIANTE:

NÚMERO DE DNI:

CUIL/CUIT/CDI:

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO

.....
FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA