



Informe Médico Enfermedad Terminal

Este formulario debe ser completado por el Médico de Cabecera y remitido a la Compañía en SOBRE CERRADO, junto con la documentación médica que se consideren de ayuda para el correcto análisis del caso.

Para dar curso a la denuncia de un Siniestro por Enfermedad Terminal, el caso deberá ajustarse a la definición expuesta en la póliza contratada por el Asegurado, según la cual: se considera que existe Enfermedad Terminal "cuando la expectativa de vida del asegurado sea de doce (12) meses o menos desde el día de la solicitud del beneficio".

N° de Póliza: _____ N° de Certificado: _____

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____ | DNI: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 Sexo: ___| M ___| F Fecha de Nac.: _____ | Lugar de Nac.: _____ | Nacionalidad: _____ |
 Ocupación: _____ |
 Domicilio: Calle: _____ | N°: _____ | Piso: _____ | Dpto.: _____ | CP: _____ |
 Localidad: _____ | Provincia: _____ | Teléfono: _____ |
 Nombre y Domicilio de su Médico de Cabecera: _____ |

<p>1. Diagnostico e importancia de la enfermedad del Asegurado: </p> <p>2. Fecha en la que el Asegurado se dio cuenta de la enfermedad </p> <p>3. ¿Cuándo fue Ud. Consultado por primera vez en relación con la enfermedad? </p> <p>4. ¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar conectado con la enfermedad que padece? </p> <p>5. ¿Tiene conocimiento de algún miembro cercano en la familia del Asegurado que padezca o haya padecido esta enfermedad, u otra similar? ¿Cuál es el parentesco? </p> <p>6. Por favor señale nombre y dirección de los Médicos, Especialistas u Hospitales consultados por el Asegurado a causa de esta enfermedad. </p> <p>7. ¿Cuál es tiempo estimado de sobrevida para el Asegurado? </p> <p>8. ¿Quién ha efectuado esta estimación de sobrevida? </p>	<p>9. ¿Es la enfermedad del paciente incurable y se encuentra más allá de cualquier expectativa de recuperación? </p> <p>10. ¿Está el paciente en dominio de su pensamiento, conserva su juicio y éste es suficiente, y está en condiciones de administrar sus bienes? </p> <p>11. ¿Se encuentra el paciente actualmente hospitalizado, en una casa de cuidados médicos o en un hospicio? </p> <p>12. ¿Qué tratamiento está recibiendo el paciente actualmente? </p> <p>13. ¿Cuán efectivo es el tratamiento con relación al alivio de los síntomas y el control de la enfermedad? </p> <p>14. ¿Se practicaron otros test o procedimientos para investigar la condición de salud del paciente, con relación a la enfermedad declarada? ¿Cuáles? </p> <p>15. Por favor indique detalles sobre la condición de fumador del paciente, tanto en el pasado como en el presente: </p> <p>16. Por favor, indique toda otra información que Ud. considere pueda ser de utilidad en el tratamiento del reclamo siniestral del paciente. </p>
---	--

Observaciones:

Se deberá adjuntar fotocopia del diagnóstico de la enfermedad.
 Sería de gran ayuda su usted nos pudiera entregar informes de hospital, valoración de ECG, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que pueda usted tener.

Firmada en _____ el día _____ de _____ de 20_____ .

Firma y Sello del Médico	Aclaración de la Firma		DNI
Dirección	Localidad	CP	Teléfono