

**Detalle de la Enfermedad**

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.

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

Información Importante

- Deberás presentar:

- Este formulario de Denuncia completo
- Informe Médico completo por el profesional tratante
- Documentación médica que acredite el diagnóstico

Deberás entregar la documentación a la Compañía inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho.

La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros No 17.418.

Asimismo te informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.

Lugar y Fecha

Firma del Denunciante

Aclaración

Informe del Médico – Enfermedad Crítica

Por favor, respondé las preguntas en forma clara y completa. **No omitas ninguna.**

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**

Entidad donde adquirió el seguro:

Nombre/s y apellido/s del Asegurado

Domicilio: Localidad:

Provincia: Código Postal:

Tipo y N° de documento Estado Civil

Número de Tel Fecha de nacimiento / / E-mail

**Datos sobre la enfermedad**

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

.....

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

.....

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

.....

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

.....

¿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:

.....

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:

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

.....

Lugar y Fecha

Firma de médico

Aclaración