

Lugar y Fecha: _____

Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra con claridad por el médico que asistió al asegurado durante la enfermedad, motivo de la presente declaración (se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible las preguntas).

1. Apellido, nombre y documento del Asegurado:	_____
2. ¿Desde qué fecha lo conoce? :	_____
3. Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física:	Edad: _____ Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg. Rasgos distintivos: _____
4. ¿Desde cuándo conlleva la enfermedad? (Indique la fecha más aproximada posible):	_____
5. ¿Es usted su médico asistente? En caso afirmativo, ¿Desde qué fecha?:	_____
6.a ¿Cuándo comenzó a asistirlo por la enfermedad que se reclama? (Precisar la fecha según historia clínica)	_____
.b ¿Cuáles fueron los primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a Ud.?	_____
.c ¿Podría detallar los tratamientos que prescribió con motivo de su enfermedad?	_____
.d ¿Padeció el asegurado complicaciones o interurrencias en su enfermedad? Le rogamos detallarlas:	_____
.e ¿Estuvo el asegurado internado, a raíz de su enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos 5 años? Le rogamos nos precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.	_____
7. Indique dolencias y/o pérdidas físicas que determinaron la enfermedad en cuestión.	_____

8. En caso de cáncer informe contemplando localización/es, tipificación, caracterización, y evolución del mismo avalado por análisis histológicos:

9. En caso de infarto de miocardio, especifique antecedentes de dolores torácicos, cambios actuales en el ECG, variación de los valores de las enzimas cardíacas.

10. Con referencia a **cirugía arterio-coronaria**, detalle en forma pormenorizada la cirugía efectuada, adjuntando angiografía coronaria que avale el diagnóstico pre-quirúrgico.

11. En caso de **accidente cerebro-vascular** indique toda secuela neurológica de más de 24hs de duración, ¿existió infarto cerebral, hemorragias o embolia provocados por fuente extracraneal? Rogamos aportar pruebas suficientes del déficit neurológico actual, indicando la antigüedad a la fecha.

12. En caso de **insuficiencia renal** detalle tipificación y caracterización de la misma, indicando posición terapéutica actual frente a diálisis renal y/o trasplante.

Advertencias especiales:

- a) Este cuestionario no implica reconocimiento por parte de la Compañía de la obligación de abonar el monto asegurado y por lo tanto se reserva de las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el asegurado o el beneficiario.
- b) Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyera necesario, la compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al asegurado durante los dos últimos años.
- c) Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Cía. el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario.

OBSERVACIONES ADICIONALES

DATOS DEL MÉDICO

Nombre y apellido del médico tratante informante: _____ Especialidad: _____
 Domicilio del consultorio: _____ Teléfono: _____
 Días y Horarios de consulta: _____ Teléfono Celular: _____
 Tipo y Número de Documento: ☐ DNI ☐ LE ☐ LC ☐ CI ☐ Otro _____ Email: _____

Firma y Sello: _____

Lugar y Fecha: _____