

INFORME MÉDICO PARA COBERTURAS DE ALTA COMPLEJIDAD MÉDICA, COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA TOTAL TRASPLANTE DE ÓRGANOS



INSTITUTO DE SALTA
SEGUROS DE VIDA

España N° 943 - Tel.: 0-800-888-7090
(A4400ANU) Salta - www.institutovida.com.ar

Apellido y Nombre del Asegurado		D.N.I.	
Domicilio: Calle - N° - Barrio		Localidad/Provincia	Teléfono
Nombre de su Médico de Cabecera		Tel. de su Médico de Cabecera	
Domicilio de su Médico de Cabecera		Email de su Médico de Cabecera	

1.- Naturaleza y fecha de diagnóstico de la enfermedad del Asegurado.

.....

2.- Fecha de diagnóstico de la enfermedad.

.....

3.- Indique signos y síntomas de la enfermedad

.....

4.- ¿Cuándo se dio cuenta el Asegurado por primera vez de la enfermedad?

.....

5.- ¿Cuándo fue consultado Ud. por primera vez de la enfermedad?

.....

6.- ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado? Caso contrario, si Ud. puede indicar otro/s médico/s que le haya/n brindado asistencia por dicha enfermedad?

.....

7.- ¿A qué tratamiento se lo ha sometido y qué tipo de medicación recibe?

.....

8.- Indique el/los hospital/es en que estuvo internado el Asegurado y las fechas de internación.

.....

9.- Observaciones adicionales

.....

Firma y Sello del Médico:..... Lugar: Fecha:

NOTA: El Instituto de Salta Cía. de Seguros de Vida S.A.U. cuenta con el consentimiento firmado por el asegurado, donde nos autoriza a recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez lo haya atendido.