

INFORME MÉDICO PARA COBERTURAS DE ENFERMEDAD CRÍTICA



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.- Fecha en la que el Asegurado se dio cuenta de la enfermedad.

.....

4.- ¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad?

.....

5.- ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado?

.....

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

.....

7.- ¿Qué limitaciones físicas y neurológicas tiene el Asegurado en la actualidad?

.....

8.- En caso de cirugía arterio-coronaria, le rogamos indique detalles en cuanto a la intervención efectuada:

- Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 48 hs.:
- Hubo infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por una fuente extracerebral?:
- Conclusión de IRM o TAC Cerebral:
- Pruebas de disfunción neurológica:

9.- En caso de Cáncer, describa con detalle:

.....

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.