

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asiste al Asegurado en caso de Diagnóstico de Enfermedad Crítica o Enfermedad Terminal. Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas.

Datos del Asegurado

Número de póliza:

Documento tipo: LE LC DNI N°

Nombre y Apellido:

Domicilio - Calle: N° Piso: Depto.: Torre:

Localidad: Provincia: Código Postal:

Fecha de nacimiento:/...../..... Lugar de nacimiento:

Estado civil: Ocupación:

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.

Informe del Médico

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:

Matricula:

Domicilio del consultorio:

Teléfono:

Lugar y fecha:..... / /

Firma, aclaración y sello del Médico

Envianos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:
Por mail: denunciasiniestros@supervielleseguros.com
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599
de lunes a viernes de 9 a 21 hs.

