



INFORME MEDICO PARA LA COBERTURA DE ANTICIPO POR ENFERMEDADES TERMINALES

Advertencia importante: este informe debe ser devuelto directamente a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. ("CNP"), la cual tratará esta información con carácter estrictamente confidencial y se encuentra expresamente autorizada por el Asegurado para solicitar la misma.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y Apellido:
Fecha de Nacimiento:/...../..... Lugar de Nacimiento:
Domicilio: Teléfono:
DNI/LE/LC/CI N°.....CUIT/CUIL/CDI N°.....

DETALLES DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

1. Diagnóstico, naturaleza y relevancia de la enfermedad
.....
2. Fecha en que el Asegurado comenzó con síntomas de su enfermedad
.....
3. ¿Cuándo le consultó a usted por primera vez en relación con la enfermedad?
.....
4. ¿Es usted Médico de cabecera habitual del Asegurado?
.....
5. ¿A qué tratamiento se ha sometido y qué tipo de medicación recibe?
.....
6. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si es que lo hace?
.....
7. ¿Tiene conocimiento de algún antecedente en el historial del Asegurado que pueda estar conectado con la enfermedad que posee? ¿Cuál?
.....
8. ¿Cuál es el estado actual del Asegurado?
.....
9. ¿Cuál es la expectativa de vida del Asegurado?
.....

Adjuntar fotocopia HISTORIA CLINICA. prescripciones médicas, estudios diagnósticos, protocolos anatomopatológicos, protocolos quirúrgicos y estudios de control actualizados.

DATOS DEL MEDICO INFORMANTE

.....
Firma y Sello Domicilio y Teléfono

Lugar: Fecha:/...../.....

.....
Firma y aclaración del Asegurado