


TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA
DATOS DEL ASEGURADO

Póliza N°:		Apellido y Nombres:					
Tipo y número de documento:							
Domicilio:							
Localidad:			Teléfono:			Fecha de nacimiento:	

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO
Por favor, sírvase consignar seguidamente los datos del médico de cabecera del Asegurado:

Apellido y Nombres:							
Domicilio:						Teléfono:	

DATOS DEL TRASPLANTE REALIZADO

Órgano trasplantado:							
Diagnóstico de enfermedad que diera origen a la necesidad de trasplante:							
Fecha confirmación diagnóstica de dicha enfermedad:				Fecha indicación necesidad de trasplante:			
Fecha inscripción en INCUCAI:				Fecha de realización del Trasplante:			

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ EL TRASPLANTE

Denominación:							
Domicilio:						Teléfono:	

DATOS DEL PROFESIONAL QUE EFECTUÓ EL TRASPLANTE

Apellido y Nombres:							
Número de Matrícula Provincial:				Número de Matrícula Nacional:			
Tipo y número de Documento:							
Domicilio:						Teléfono:	

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

--

PLAZO DE PRESENTACIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

30 días a partir de la fecha de realización del trasplante.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Federación Patronal Seguros S.A." a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

 Lugar y Fecha de Emisión

 Firma del Denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL QUE REALIZÓ EL TRASPLANTE

Por la presente certifico que desde el día ____ / ____ / ____ he realizado a _____

LE LC DNI CI N° _____ el/los trasplante/s que se detallan a continuación.

Trasplantes realizados:

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica:

Fecha estimada de inicio de la enfermedad que dio origen al trasplante:

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la necesidad de realizar el trasplante:

Otros comentarios que considere de interés:

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

Lugar y Fecha de Emisión

Firma y sello del Profesional

Lugar y Fecha de Emisión

*Firma del Responsable del Establecimiento Asistencial
Aclaración de firma*