

Póliza N°: _____ Fecha de ocurrencia: ___ / ___ / ___ Hora de ocurrencia: ___ :

Este formulario debe ser completado por el médico que actualmente asiste y trata al Asegurado/Paciente.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

DNI/CUIL: _____

Ocupación actual: _____ ¿Desde cuándo? _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Especialidad: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

N° de Matrícula Nacional: _____ N° de Matrícula Provincial: _____

Declaración del Médico Asistente

1. Diagnóstico y gravedad de la enfermedad del Asegurado: _____
2. Fecha en la que el Asegurado conoció la enfermedad diagnosticada: _____
3. ¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad? _____
4. ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado? SI NO
5. ¿A qué tratamiento se le ha sometido y que tipo de medicación recibe? _____
6. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si es que lo hace? _____
7. ¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar conectado con la enfermedad que padece? _____
8. ¿Qué limitaciones tiene el Asegurado en la actualidad -físicas y/o psíquicas-? _____
9. En caso de enfermedades del corazón, le rogamos que indique:
 - a. Historial de dolores torácicos: _____
 - b. Nuevos Cambios del ECG: _____
 - c. Evaluación de las enzimas cardíacas: _____
10. En caso de cirugía arterio-coronaria le rogamos que indique detalles en cuanto a la intervención efectuada: _____
11. En caso de derrame o hemorragia e infartos cerebrales, le rogamos que indique detalles en cuanto a:
 - a. Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 24 hs.: _____
 - b. ¿Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por una fuente extracraneal? SI NO
 - c. Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual: _____

12. En caso de cáncer, describalo en detalle, incluyendo extensión, si es progresivo: _____

13. ¿Tipo de trasplante?: _____

14. ¿Cuál fue la enfermedad que originó la necesidad del trasplante? Indique fecha de diagnóstico: _____

15. Fecha en la que se inscribió en la lista del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)
____ / ____ / ____

Antecedentes Médicos

1. ¿Adjunta Historia Clínica? SI NO

2. ¿En poder de quién se encuentra? _____

Domicilio real: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

SERÍA DE GRAN AYUDA SI USTED NOS PUDIERA ENTREGAR INFORMES DE HOSPITAL, VALORACIÓN DE ECG, ANÁLISIS DE LABORATORIO E INFORMES HISTOLÓGICOS, ASÍ COMO CUALQUIER OTRA PRUEBA O INFORMACIÓN QUE USTED PUEDA TENER.

Observaciones Adicionales:

"TOMO EN CONOCIMIENTO QUE COLÓN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. SE ENCUENTRA FACULTADA A REQUERIRME TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS LEGALES, Y LAS RELACIONADAS CON EL LAVADO DE DINERO (LEY 25.246, RESOLUCIÓN 126/2023 UIF Y COMPLEMENTARIAS), COMPROMETIÉNDOME A SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS INFORMATIVOS QUE A ESTOS EFECTOS ME FUESEN SOLICITADOS. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS FONDOS QUE UTILIZÓ/UTILIZARÉ EN LA OPERATORIA RELACIONADA CON EL PRESENTE SEGURO PROVIENEN DE ACTIVIDADES LÍCITAS RELACIONADAS CON MI ACTIVIDAD DECLARADA. ASIMISMO, ME COMPROMETO A INFORMAR A ESTA COMPAÑÍA EN CASO DE SER FUNCIONARIO PÚBLICO (PEPS), NACIONAL O EXTRANJERO, COMO TAMBIÉN SI TUVIERA ALGÚN FAMILIAR QUE REVISTIERA TAL CARÁCTER; CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS PREVISTOS EN LA RES. 35/2023 DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA (UIF). PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTA NORMATIVA, PUEDE CONSULTAR NUESTRA PÁGINA WEB COLON.SEG.AR O CONTACTARSE CON NUESTRO CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE."

LUGAR		
FECHA ____ / ____ / ____	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	ACLARACIÓN DE FIRMA