

## DENUNCIA DE SINIESTRO POR TRASPLANTE DE ORGANOS

Comunicamos a Uds. la solicitud de Trasplante de Organos del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

**Datos a Ser Completados por el Tomador**

Apellido y Nombres:			
Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono:			
D.N.I./L.E./L.C./(*):	C.I.:	Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento: ..../../.....	Nacionalidad:		
Estado civil:	Teléfono:		
Entidad o Razón Social en cuya póliza está incluido:			
Datos de la póliza:			
Número:	Certificado del titular N°:		
Obra Social/Medicina Prepaga (*):			
N° de afiliado:	Peso:	kg.	Estatura: mts.
Trasplante de órgano solicitado:			
Corazón: <input type="checkbox"/>	Médula: <input type="checkbox"/>	Riñón: <input type="checkbox"/>	
Córnea: <input type="checkbox"/>	Hígado: <input type="checkbox"/>	Coclear: <input type="checkbox"/>	

**Antecedentes a ser Completados por el Tomador**

Al servicio activo desde: / /	Le corresponden haberes hasta: / /
Ultimo día que concurrió al trabajo: / /	Fecha de ingreso al seguro: / /
Abonó primas hasta: / /	Se inscribió en el I.N.C.U.C.A.I.: / /
El solicitante presentó denuncia por Incapacidad Total: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Siniestro N°:
Inicio de la patología que motiva el trasplante: / /	Fecha de indicación del trasplante: / /

**Datos del Médico de Cabecera**

Apellido y Nombres:
Domicilio (calle, número, piso departamento, localidad, provincia, cód. postal):
Teléfonos/Fax:
Observaciones:

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, registraré los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

Lugar y Fecha	Firma y Sello Aclaratorio del Tomador
---------------	---------------------------------------

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
**INFORME DEL MEDICO TRATANTE**

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra por el médico que asiste al asegurado en su dolencia/enfermedad (se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas):

**Datos del Asegurado a Trasplantar**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la patología que motiva el trasplante: ...../...../.....

Fecha de indicación del trasplante: ...../...../..... | Fecha de inscripción en el I.N.C.U.C.A.I.: ...../...../.....

Presenta contraindicaciones para el trasplante?: SI  NO

Detallar las contraindicaciones (cuando existan): \_\_\_\_\_

Detallar la última enfermedad padecida por el asegurado: \_\_\_\_\_

Otras enfermedades concomitantes: \_\_\_\_\_

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del código penal argentino.

**Datos del Médico Tratante**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Matrícula N°: \_\_\_\_\_ | Nacional  Provincial  | Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio del Médico Tratante

**RECUERDE QUE DEBE PRESENTAR RESUMEN ACTUALIZADO DE HISTORIA CLINICA, COPIA DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS, INFORME DEL GRUPO DE TRASPLANTE Y PRESUPUESTO**

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración o Impresión Digital del Asegurado