

Comunicamos a Uds. la solicitud de Trasplante de Organo 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  M

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:  | Médula:  | Riñón:

Córnea:  | Hígado:  | Coclear:

**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  NO  | 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, regirán 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