

8. En caso de cáncer informe contemplando localización/es, tipificación, caracterización, y evolución del mismo avalado por análisis histológicos:

9. En caso de infarto de miocardio, especifique antecedentes de dolores torácicos, cambios actuales en el ECG, variación de los valores de las enzimas cardíacas.

10. Con referencia a **cirugía arterio-coronaria**, detalle en forma pormenorizada la cirugía efectuada, adjuntando angiografía coronaria que avale el diagnóstico pre-quirúrgico.

11. En caso de **accidente cerebro-vascular** indique toda secuela neurológica de más de 24hs de duración, ¿existió infarto cerebral, hemorragias o embolia provocados por fuente extracraneal? Rogamos aportar pruebas suficientes del déficit neurológico actual, indicando la antigüedad a la fecha.

12. En caso de **insuficiencia renal** detalle tipificación y caracterización de la misma, indicando posición terapéutica actual frente a diálisis renal y/o trasplante.

Advertencias especiales:

- a) Este cuestionario no implica reconocimiento por parte de la Compañía de la obligación de abonar el monto asegurado y por lo tanto se reserva de las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el asegurado o el beneficiario.
- b) Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyera necesario, la compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al asegurado durante los dos últimos años.
- c) Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Cía. el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario.

OBSERVACIONES ADICIONALES

DATOS DEL MÉDICO

Nombre y apellido del médico tratante informante: _____ Especialidad: _____

Domicilio del consultorio: _____ Teléfono: _____

Días y Horarios de consulta: _____ Teléfono Celular: _____

Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Email: _____

Firma y Sello: _____

Lugar y Fecha: _____