

PÓLIZA N°

DATOS DEL TOMADOR

Nombre y apellido ▶ _____

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Nombre y apellido ▶ _____

D.N.I. ▶ _____

Domicilio ▶ _____

Fecha de primeros síntomas/inicio de enfermedad ▶ _____ Fecha de inicio de tratamiento ▶ _____

Descripción de la enfermedad/Diagnóstico

DATOS MÉDICO/S TRATANTE/S

Nombre y apellido ▶ _____

Adjuntar una copia completa de la Historia Clínica de la enfermedad y estudios complementarios.

Declaro que toda la información descripta en este formulario reviste carácter de Declaración Jurada.

Firma ▶ _____ Aclaración ▶ _____

Fecha ▶ _____ D.N.I. ▶ _____