

INFORME MEDICO DE DIAGNOSTICO PARA LA COBERTURA DE ENFERMEDADES TERMINALES

FOR-STRO-09-B



Advertencia importante: este informe debe ser devuelto directamente a CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. ("CNP"), la cual tratará esta información con carácter estrictamente confidencial y se encuentra expresamente autorizada por el Autorizado para solicitar la misma.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos completos _____

Domicilio real: Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Correo electrónico _____

Presto conformidad a fin de que cualquier pedido/envío de información/documentación, así como cualquier tipo de comunicación, sea cursado, indistintamente, al domicilio real o correo electrónico declarados en el presente, o en los que en su futuro los reemplacen. Las notificaciones allí cursadas serán consideradas completamente válidas en los términos del art. 16 de la Ley de Seguros.

DETALLES DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

1. Diagnóstico, naturaleza y relevancia de la enfermedad _____

2. Fecha en que el Asegurado comenzó con síntomas de su enfermedad _____

DATOS DEL MEDICO INFORMANTE

FIRMA Y SELLO

DOMICILIO Y TELÉFONO

LUGAR Y FECHA