

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS – SALUD

El presente formulario debe ser completado en su totalidad y sin omitir contestación alguna.

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza N°: _____ Certificado N.º caso de pólizas colectivas y grupales: _____

Por favor indique la COBERTURA por usted denunciada:

- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ENFERMEDADES GRAVES FRACTURA DE HUESOS PRÓTESIS U ORTESIS
- RENTAS POR INTERNACIÓN TRASPLANTE DE ÓRGANOS CUIDADOS PROLONGADOS DROGAS ONCOLÓGICAS
- OTRAS COBERTURAS (Especificar): _____

DATOS DEL TOMADOR

Apellido/s y Nombres/s: _____

Tipo y N° de documento: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: _____

Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Prefijo telefónico: _____ Teléfono fijo laboral: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ CUIL/CUIT/CDI: _____

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido/s y Nombres/s del asegurado: _____

Dirección: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Prefijo telefónico: _____ Teléfono fijo laboral: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

Indique con una cruz si está de acuerdo en recibir notificaciones relativas a su siniestro en la casilla de correo informada en el presente formulario. Se lo tendrá fehacientemente notificado con cualquier envío realizado por este medio.

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO

Apellido/s y Nombre/s _____ Teléfono/s: (_____) _____

DETALLE DE LA AFECCIÓN / FRACTURA QUE DIERA ORIGEN AL RECLAMO

A. Fecha del evento: ____/____/____

Marque con una cruz la afección: Fractura Inicio de la enfermedad grave Inicio enfermedad base que motivaran la intervención Inicio enfermedad o accidente que dio origen a la incapacidad Realización de estudios o la realización de trasplante

Fecha de confirmación diagnóstica: ____/____/____

Diagnóstico: _____

Diagnósticos complementarios si los hubiera: _____

Tratamientos seguidos: _____

B. SOLO PARA SINIESTROS CUIDADOS PROLONGADOS: ¿Para cuáles de las siguientes actividades de la vida diaria requiere usted asistencia de parte de otra persona? (marque con una cruz):

- Bañarse Alimentarse Vestirse Higienizarse Transferirse

Fecha de inicio de la asistencia: ____/____/____

C. SOLO PARA SINIESTROS DE 1) RENTA DIARIA 2) ENFERMEDES/DROGAS ONCOLÓGICAS 3) INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y 4) FRACTURAS DE HUESOS (si las hubiere):

Cantidad de días que estuvo internado en:

- Sala común: _____
- Terapia intermedia y cuidados especiales: _____
- Terapia intensiva y unidad coronaria: _____
- Internación domiciliaria: _____

En caso de internación de recién nacidos (hasta 30 días de edad) consignar si durante la internación se ha requerido asistencia mecánica respiratoria y durante cuántos días: _____

D. SOLO PARA SINIESTROS DE TRASPLANTES

Órgano trasplantado: _____

Diagnóstico de enfermedad que diera origen a la necesidad de trasplante: _____

Fecha de la indicación de la necesidad de trasplante: _____

Fecha inscripción en INCUCAI: _____

Fecha de realización de trasplante: _____

Establecimientos asistenciales de internaciones previas o donde se realizó la internación, la intervención o el trasplante, los estudios o la implantación:

Nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Médicos tratantes: _____

Nota: Plazo de presentación de la documentación 30 días a partir de la fecha del diagnóstico de la enfermedad

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a "Beneficio S.A. Compañía de Seguros" a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

El/La que suscribe, _____ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que SI NO se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído. En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____ Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

(Sólo en caso de ser sujeto obligado) Declaro que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

Fecha

Lugar

Firma del denunciante

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL TRATANTE

Apellido/s y Nombres/s: _____
N° de matrícula provincial: _____ N° de matrícula nacional: _____
Tipo y N° de documento: _____ Teléfono: (_____) _____

Por la presente certifico que desde el día _____ del mes _____ del año _____ he atendido y tratado al paciente _____ con tipo y N.º de documento _____ por la afección cuya descripción se detalla a continuación.

Detalle de la/s fractura/s sufridas por el paciente: _____

Causas de la internación: _____

Trasplantes realizados: _____

Diagnóstico y estadio: _____

Diagnósticos / Datos relevantes de la Historia Clínica: _____

Fecha estimada de la lesión/de inicio de la enfermedad/ de la que enfermedad que dio origen al trasplante/ de la internación/ de la realización del estudio o implantación: _____

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la enfermedad: _____

Discapacidad existente. Descripción: _____

Actividades de la vida diaria que el paciente no puede realizar por sí mismo: _____

Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la necesidad de realizarse un trasplante, un estudio o implantación: ____/____/____

¿Conoce Ud. si el Asegurado estuvo internado a causa de la afección? De ser de vuestro conocimiento, por favor consignar establecimientos asistenciales y fechas: _____

Denominación de la/s intervención/es realizada/s y/ o estudios o de la implantación realizada: _____

Código/s de referencia (según Nomenclador Nacional de Prestaciones Médicas y Sanatoriales: _____

Otros comentarios que considere de interés: _____

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.

____/____/____
Fecha

Lugar

Firma y sello del profesional

Para las COBERTURAS de TRASPLANTE DE ÓRGANOS – INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS – RENTAS POR INTERNACIÓN – PRÓTESIS U ÓRTESIS

____/____/____
Fecha

Lugar

Firma del responsable del establecimiento asistencial

Aclaración de la firma