

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTROS

PÓLIZA N.º _____ (*) CERTIFICADO N.º caso de pólizas colectivas y grupales _____

Por favor indique la COBERTURA por usted denunciada¹:

- 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 ASEGURADO

APELLIDO/S Y NOMBRE/S _____

TIPO Y N.º DE DOCUMENTO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____ TELÉFONO () _____

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: 1) fractura 2) inicio de la enfermedad grave 3) inicio enfermedad base que motivaran la intervención 4) inicio enfermedad o accidente que dio origen a la incapacidad 5) la 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? ¹

BAÑARSE ALIMENTARSE VESTIRSE HIGIENIZARSE TRANSFERIRSE

Fecha de inicio de la asistencia: _____

C. SOLO PARA SINIESTROS DE 1) RENTA DIARIA 2) ENFERMEDADES/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: _____

¹ Marque con una cruz

² Tache lo que no corresponda

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/la² 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 ¹ 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.

Firma del denunciante _____

Lugar y fecha _____

¹ marque con una cruz

² tache lo que no corresponda