

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO – ADELANTO POR ENFERMEDADES GRAVES

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

DATOS DE LA PÓLIZA

Póliza N°: _____ Fecha de inicio de vigencia: ____/____/____

DATOS DEL TOMADOR

Persona física

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: _____

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

(Tache la que no corresponda en los casos que le da opciones)

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.

Persona jurídica (*)

Denominación o Razón social: _____

Fecha y número de inscripción registral: ____/____/____ CUIL/CUIT/CDI: _____

Fecha del contrato o escritura de constitución: ____/____/____

Domicilio legal - Dirección: _____ N°: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono: (_____) _____

Actividad principal realizada: _____

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.

(*) Se deberán completar los espacios del tomador, persona física, con los datos referidos al *(marque con una cruz la opción correcta)*:

Representante legal Apoderado y/o autorizado de la persona jurídica.

En el caso de personas jurídicas, se deberá adjuntar la siguiente información/documentación siempre que no la hubiere presentado o estuviese desactualizada:

(I) Copia del estatuto social actualizado; (II) Copia del acta del órgano decisorio designando al representante legal, apoderado y/o autorizado; ambas certificadas por escribano público o por un autorizado por Beneficio S.A. Compañía de Seguros a tal efecto.

DATOS DEL ASEGURADO

Apellido/s y Nombres/s del asegurado: _____
Nacionalidad: _____ Tipo y N.º de Documento: _____
CUIL/CUIT/CDI: _____ Estado civil: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ N.º: _____ Piso/Dpto: _____ Cod. Postal: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Prefijo telefónico: _____ Teléfono fijo laboral: _____ Teléfono celular: _____
Correo electrónico: _____
Ocupación / Profesión: _____ Capital Asegurado: _____

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO

Apellido/s y Nombres: _____
Domicilio: _____
Teléfono: (_____) _____

DETALLES DE LA AFECCIÓN QUE DIERA ORIGEN AL RECLAMO

Fecha de Inicio de la enfermedad: ____/____/_____
Diagnósticos: _____
Tratamientos seguidos: _____

INTERNACIONES RELACIONADAS CON LA AFECCIÓN

Cantidad de días que estuvo internado en:
• Sala común: _____
• Terapia Intermedia y Cuidados Especiales: _____
• Terapia Intensiva y Unidad Coronaria: _____
• Internación Domiciliaria: _____

Establecimientos asistenciales: _____
Médicos tratantes: _____

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DONDE SE EFECTUÓ LA INTERVENCIÓN

Denominación: _____
Domicilio: _____
Teléfono: (_____) _____

DATOS DEL PROFESIONAL O DE LOS PROFESIONALES TRATANTE/S DE LA AFECCIÓN

I. Apellido/s y Nombres: _____ Tipo y N.º de Documento: _____
N.º de Matrícula Provincial: _____ N.º de Matrícula Nacional: _____
Domicilio: _____ Teléfono: (_____) _____
II. Apellido/s y Nombres: _____ Tipo y N.º de Documento: _____
N.º de Matrícula Provincial: _____ N.º de Matrícula Nacional: _____
Domicilio: _____ Teléfono: (_____) _____

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. (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

Por la presente certifico que desde el día _____ del mes _____ del año _____ he atendido y tratado al paciente _____ (marque con una cruz la que corresponda) LE LC DNI CI N.º _____ por la afección cuya descripción se detalla a continuación.

Diagnóstico y estado: _____

Diagnóstico / Datos relevantes de la Historia Clínica: _____

Fecha estimada de inicio de la enfermedad: ____/____/____

Fecha en que el asegurado tomó conocimiento de la misma: ____/____/____

¿Conoce usted si el asegurado estuvo internado a causa de la afección? De ser de su conocimiento, favor de consignar establecimientos asistenciales y fechas: _____

Otros comentarios que considere de interés: _____

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

_____/_____/_____
Fecha

Lugar de emisión

Firma y sello del profesional