



A continuación te informamos cual es la documentación que tenes que presentar para iniciar el trámite de tu siniestro:

- Formulario de denuncia provisto por BNP Paribas Cardif **completo**.
- Informe médico provisto por BNP Paribas Cardif completo y firmado por el profesional.
- Asimismo le informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.

**Podes enviarla por mail a [gestionsiniestros@cardif.com.ar](mailto:gestionsiniestros@cardif.com.ar), por correo postal o traerla personalmente a nuestras oficinas ubicadas en Bouchard 557 6° Piso, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.), de lunes a viernes de 10 a 15 horas.**

**Recordá que desde nuestra página web [www.bnpparibascardif.com.ar](http://www.bnpparibascardif.com.ar) / **Cientes** podrás conocer el estado de tu trámite y contactarte con nosotros por medio de nuestros canales de Atención, todas las veces que necesites.**

Cordialmente,

**Centro de Servicios al Cliente**



## Denuncia de Siniestro Seguro de Cuidados Prolongados

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA (no se deberá omitir ninguna).

### Datos del Asegurado

1. Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc ( ) - Fem ( )
2. DNI – CI – LE – LC N°: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_
4. N° de Teléfono: \_\_\_\_\_ N° Celular: \_\_\_\_\_

### Forma de Pago

En caso de que tu siniestro se apruebe necesitamos estos datos para poder pagarte correcta y rápidamente.

SOLO EN CASO DE QUE LA CUENTA SEA DE **UN TERCERO** (NO ASEGURADO) ESPECIFICAR PARENTESCO:

**Este Formulario debe estar acompañado con la copia del DNI del tercero**

JUSTIFICAR LA RAZON POR LA CUAL SOLICITA QUE EL PAGO SE REALICE EN CUENTA DE UN TERCERO:

5. Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_
6. N° de CUIT/ CUIL del Titular de la Cuenta (11 dígitos):  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
7. Banco: \_\_\_\_\_
8. N° de CBU (22 dígitos):  

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Datos de la Póliza

9. Entidad donde adquirió el seguro: \_\_\_\_\_
10. N° de Póliza (No obligatorio): \_\_\_\_\_

### Datos del accidente

11. A Fecha y hora del accidente : \_\_\_\_\_  
B Lugar del accidente : \_\_\_\_\_  
C Forma en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_
12. ¿Para cuáles de las siguientes Actividades de la Vida Cotidiana requiere Usted asistencia de parte de otra persona? Marque con una cruz  
( ) Bañarse ( ) Vestirse ( ) Alimentarse ( ) Higienizarse ( ) Transferirse Fecha de Inicio de asistencia: \_\_\_\_\_

¿Estuvo hospitalizado a consecuencia del accidente?

13.

( ) SI - ( ) NO

Nombre de la Institución:

Fecha Ingreso:

Fecha Egreso:

### **AUTORIZACIÓN**

A los médicos y otros profesionales de Medicina, Hospitales y otras Instituciones de Cuidados: Por medio del presente, los autorizo a proveer a Cardif Seguros S.A información de cuidados de salud, asesoría médica, tratamientos o insumos proveídos al paciente (incluyendo aquellos relacionados con una enfermedad cognitiva o mental). Esta información será utilizada para evaluar y administrar siniestros bajo la póliza del Asegurado. Esta autorización es válida por el término de cobertura de la póliza bajo la cual se está analizando este siniestro.

Este formulario deberá ser entregado al Asegurador inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho. La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad del Asegurador. Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros N° 17.418

Lugar y Fecha

Firma del Asegurado/Denunciante

Aclaración

**Formulario Informe Médico - Seguro de Cuidados Prolongados**

Importante: Este formulario de 2 páginas debe ser completado por el Médico que actualmente asiste al Asegurado / Paciente

**Datos del Asegurado / Paciente**

1. Nombre y Apellido : \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) - Femenino ( ) \_\_\_\_\_
2. DNI – CI – LE – LC N°: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
4. N° de Teléfono: \_\_\_\_\_ N° Celular: \_\_\_\_\_

**Declaración del Médico Asistente**

5. ¿En que fecha fue Usted consultado por primera vez en relación a la invalidez?: \_\_\_\_\_
6. Sírvase indicar la naturaleza de la lesión que originó la invalidez: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Principal diagnóstico correspondiente a la invalidez: \_\_\_\_\_  
Tipificación Baremo: \_\_\_\_\_ Fecha diagnóstico: \_\_\_\_\_ Condición recurrente: ( ) Si - ( ) No
8. Si está completamente incapacitado en la actualidad, será permanente tal incapacidad? ( ) Si - ( ) No
9. Si la incapacidad no es permanente y definitiva, por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. ¿Hay algún tratamiento clínico y/o uso de artificios de técnica (prótesis, órtesis, bastones, etc.) que pueda mejorar el estado actual del paciente viabilizando la realización de sus tareas cotidianas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad? ( ) Si - ( ) No  
En el caso de no querer el paciente realizarlo, cuáles son sus motivos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. ¿Actualmente el paciente se encuentra internado en una Institución Médica o de Enfermería?: ( ) Si - ( ) No  
Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Dirección / Localidad: \_\_\_\_\_  
Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_ Probable fecha de alta / egreso: \_\_\_\_\_
13. Si esta en una institución por conveniencia, pudiera el paciente recibir cuidado adecuado bajo un sistema de Cuidados en el Hogar? ( ) Si ( ) No
14. ¿Ha estado el paciente internado en alguna Institución Médica o de Enfermería durante los últimos 5 años? ( ) Si - ( ) No  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha egreso: \_\_\_\_\_
15. ¿En qué fecha le practico Usted la última atención o curación?: \_\_\_\_\_

16. Si el paciente reside en su casa, que servicios esta recibiendo actualmente?

A Familia / Informal:

B Servicios Profesionales: ( ) Enfermería – ( ) Terapeuta – ( ) Cuidado Paliativo - ( ) Otros, detalle:

C Servicios de Apoyo: ( ) Asistencia salud – hogar; ( ) Ama de casa – acompañante; ( ) Cuidado Paliativo; ( ) Cuidado Diurno; ( ) Otros, detalle:

D Equipos: ( ) Silla de ruedas – ( ) Bastón – ( ) Prótesis – ( ) Caminador – ( ) Retrete portátil – ( ) Otros, detalle:

17. ¿Ha estado el paciente internado en alguna Institución Médica o de Enfermería durante los últimos 5 años? ( ) Si - ( ) No

Diagnóstico: Fecha Ingreso: Fecha Egreso:

18. Consignar la funcionalidad actual del paciente, indicando el nivel y la fecha en que comenzó la misma.

A BAÑARSE

Nivel 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia, pero no la requiere por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al bañarse.

Nivel 3: No es capaz de bañarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel

Fecha de inicio:

B VESTIRSE

Nivel 1: Independiente. No requiere ningún tipo de asistencia por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al vestirse.

Nivel 3: No es capaz de vestirse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel

Fecha de inicio:

C HIGIENIZARSE

Nivel 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia (retrete portátil), pero no la requiere por parte de otra persona

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y/o con componentes menores al higienizarse.

Nivel 3: No es capaz de higienizarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel

Fecha de inicio:

D TRANSFERIRSE

Nivel 1: Independiente. Puede utilizar elementos de asistencia (caminador), pero no la requiere por parte de otra persona

Nivel 2: Requiere de apoyo físico ocasionalmente solo para movimientos trabajosos (ej: ir al retrete, levantarse del sofá)

Nivel 3: No es capaz de transferirse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel

Fecha de inicio:

E ALIMENTARSE

Nivel 1: Independiente. No requiere ningún tipo de asistencia por parte de otra persona.

Nivel 2: Puede requerir asistencia de otra persona solo de vez en cuando y solo para procesos menores (ej.: cortar)

Nivel 3: No es capaz de alimentarse sin asistencia substancial por parte de otra persona.

Funcionalidad actual: Nivel

Fecha de inicio:

19. Funcionalidad General (marque con un círculo la opción que corresponda).

A Sin limitaciones o leves limitaciones: el paciente es capaz cumplir con las capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana (bañarse, vestirse, higienizarse, transferirse y alimentarse por sus propios medios).

B Limitación moderada: El paciente es capaz de cumplir con 4 de las capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana anteriormente descritas.

C Limitación marcada o total: el paciente presenta una pérdida significativa de sus capacidades funcionales de autonomía de la vida cotidiana anteriormente descritas, no pudiendo cumplir con 2 o más de ellas.

**Cardif Seguros S.A.**

Bouchard 557 6° Piso C1106ABG - Capital Federal

20. La dependencia funcional es por un impedimento cognitivo (ej.: Alzheimer's u otra condición relacionada: ( ) Si - ( ) No Si su respuesta fue afirmativa, por favor remitir información y estudios médicos por los cuales se llegó a este diagnóstico

21. Hallazgos Objetivos: Por favor adjunte a esta declaración copia de todos los estudios que presente desde el inicio de la afección, evolución, hasta la actualidad (RMN, TAC, ecocardiograma, datos de laboratorio e información clínica). En caso de que no sea factible el envío, sírvase detallarlos, incluyendo sus resultados y fecha de realización.

22. Programa de Cuidado recomendado ( incluya cualquier tratamiento o terapia recetada incluyendo su duración) para mejorar o mantener su estado funcional actual:

23. Pronóstico y metas. Marque con un círculo la opción que corresponda:

- 1 - Mejoramiento en estado funcional esperado en menos de 3 meses
- 2 - Mejoramiento en estado funcional esperado dentro de 3 a 6 meses
- 3 - No se espera cambio en estado funcional
- 4 - Deterioración en estado funcional esperado en 3 a 6 meses
- 5 - Deterioración en estado funcional esperado en 6-12 meses

**Datos del Médico**

Nombre y Apellido del Médico

Matrícula

Domicilio del consultorio

Teléfono

Domicilio particular

Teléfono

**Declaro que lo expresado por mí en este Informe es exacto y completo, según mi saber y entender.**

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Médico

Aclaración