



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.
- Copia de los estudio de diagnóstico hispatológicos, clínicos, radiológicos, o de laboratorio.
- Asimismo le informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.

Podes enviarla por mail a 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 / **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 **Enfermedades Críticas**

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

Datos del Asegurado

1. Entidad donde adquirió el seguro:

2. Nombre/s y apellido/s del Asegurado

3. Domicilio

Localidad

Código Postal

4. N° de Teléfono

E-mail:

5. Fecha de nacimiento

6. Lugar de Nacimiento

7. Estado Civil

8. Tipo y número de doc.

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:

8. Nombre y Apellido del Titular de la Cuenta:

9. N° de CUIT/ CUIL del Titular de la Cuenta (11 dígitos):

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

10. Banco:

11. N° de CBU (22 dígitos):

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

Detalle de la Enfermedad

10. Le rogamos indique cualquier detalle, inclusive fechas en cuanto a la enfermedad sufrida, los médicos y especialistas que fueron consultados, el tratamiento seguido y, en caso de una hospitalización, el nombre del hospital.

11. Naturaleza de la enfermedad:

Si Ud. posee informes de médico o de hospital en cuanto al tratamiento recibido en el caso de la enfermedad sufrida, le rogamos nos haga llegar una copia de los mismos.

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento a CARDIF Seguros S.A. para recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por la presente autorizo la entrega de dicha información

_____ |
Lugar y Fecha

_____ |
Firma del Asegurado/Denunciante

_____ |
Aclaración

Informe del Médico – Enfermedad Crítica

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asiste al Asegurado en caso de Diagnóstico de Enfermedad Crítica. Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas.

Datos del Asegurado

1. Entidad donde adquirió el seguro:

2. Nombre/s y apellido/s del Asegurado

3. Domicilio

Localidad

Código Postal

4. N° de Teléfono

E-mail:

5. Fecha de nacimiento

6. Lugar de Nacimiento

7. Estado Civil

8. Tipo y número de doc.

Datos sobre la enfermedad

8. Diagnóstico de la enfermedad que padece el asegurado, pronóstico y tratamientos instituidos a seguir:

9. Detalle los estudios complementarios que indiquen el diagnóstico, evolución y estado actual de la enfermedad:

10. Manifieste las terapéuticas propuestas al asegurado ¿El mismo se encuentra en estado de postración? Especifique si tiene pendientes internaciones y/o cirugías.

11. Describa el compromiso de la enfermedad en todos los aparatos y sistemas, y cuáles de ellos podrían ser reversibles.

12. ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado?
Detalle los tratamientos que les prescribió al paciente con motivo de su enfermedad y que tipo de medicación recibe:

Sería de gran ayuda si Ud. nos pudiera entregar informes de hospital, valoración de ECG, análisis de laboratorio e Informes histológicos, así como cualquier otra prueba que Ud. pudiera tener.

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

Datos del Médico

13. Nombre y Apellido: _____ Matricula: _____
14. Domicilio del consultorio: _____
15. Teléfono: _____

_____|_____|_____

Lugar y Fecha Firma y sello del Médico Aclaración

}