



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

- Formulario de denuncia provisto por BNP Paribas Cardif **completo**.
- Copia legalizada en original del certificado de defunción.
- Informe médico provisto por BNP Paribas Cardif completo y firmado por el profesional.
- En caso de fallecimiento accidental, copia completa de la causa penal.
- 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**



**Informe del Médico**

(EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO)

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad. (Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas. Para su mayor comprensión, recomendamos leer previamente las Indicaciones Especiales impresas al pie del formulario).

**TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA.**
**Datos del Asegurado**

1. Póliza N° / Entidad donde adquirió el Seguro: \_\_\_\_\_
2. Nombre/s y Apellido/s del Asegurado \_\_\_\_\_
3. Domicilio \_\_\_\_\_  
 Localidad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_
4. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ 5. Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_
6. Estado Civil \_\_\_\_\_ 7. Tipo y Número de Doc. \_\_\_\_\_
8. Ocupación: \_\_\_\_\_

**Datos sobre el Fallecimiento**

9. Lugar del Fallecimiento \_\_\_\_\_ 10. Fecha del Fallecimiento. \_\_\_\_\_
11. Causa Inmediata del Fallecimiento \_\_\_\_\_
12. Causa alejada del Fallecimiento (¿Qué enfermedades?) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
13. ¿Era Ud. su Médico Asistente? **Sí** **No** \_\_\_\_\_
14. ¿Desde que fecha comenzó Ud. a atenderlo? \_\_\_\_\_
15. ¿Cuándo comenzó Ud. a asistirlo por la última enfermedad? (fecha según la Historia Clínica): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
16. ¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos o subjetivos que motivaron al Asegurado fallecido a consultarlo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
17. Detalle los tratamientos que le prescribió al paciente con motivo de su última enfermedad \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
18. ¿Dónde asistió Ud. al Asegurado? Indique el Nombre de las Entidades  
 Consultorio  Domicilio Particular  Instit.. Hospitalaria, Sanatorial – Obra Social
19. ¿Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 5 años?  
**Si** **No** \_\_\_\_\_

**Detalle sobre Internaciones**

**Aclaraciones**

20. ¿A qué fecha o época considera Ud. que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado?:

21. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad padecida?                    **Sí**                    **No**                    ¿Desde cuando?

22. Tiene Ud. en su poder los protocolos médicos complementarios, solicitados para el diagnóstico, a los que fuera sometido el Asegurado por última enfermedad?                    **Sí**                    **No**

23. En caso de respuesta negativa en el ítem anterior, ¿figuran esos estudios en la Historia Clínica de alguna Institución hospitalaria o sanatorial?                    **Sí**                    **No** Indique Cuál:

24. Si el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, indique los detalles que sean de su conocimiento:

25. ¿Desde que fecha permaneció el Asegurado recluido o impedido de atender sus ocupaciones?

**Observaciones Adicionales**

**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 del Médico

Aclaración

**Indicaciones Especiales:**

El requerimiento de esta declaración no implica reconocimiento por parte de la Compañía de pagar el importe del seguro y, por lo tanto, se reserva las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el Asegurado o el Beneficiario. Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyera necesario, la Compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los últimos dos años. Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Compañía el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario. Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resultara insuficiente, por favor utilice el reservado para Observaciones Adicionales.