BNP PARIBAS CARDIF

Denuncia de **Internación**

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA.

Datos del **Asegurado**

1. Nombre/s y apellido/s del Asegurado
2. Domicilio

   Localidad Código Postal
3. N° de Teléfono
4. Fecha de nacimiento 5. 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.

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

8. Banco:
9. N° de CBU (22 dígitos):

Detalles del **Siniestro**

10. Causas de la Internación:
11. INTERNADO: En sala común desde: hasta: / En U.T.I. desde: Hasta:
12. Si la internación es a consecuencia de un accidente, describa las circunstancias:

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 de Vida 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.

Le informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria. En el caso que no pudiera enviar alguna de la documentación requerida, le solicitamos que agregue una nota aclaratoria, indicando el motivo por el cual no puede remitir dicha información.

Lugar y Fecha Firma del Asegurado Aclaración

Cardif Seguros S.A.
Bouchard 557 6° Piso C1106ABG - Capital Federal

BNP PARIBAS CARDIF

Informe Médico Internación

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado en caso de internación.

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA.

Datos del **Asegurado**

Por el presente certifico que el día: a la/s hs. ha ingresado a

el/la Sr. Sra.: LE/LC/DNI/CI N°:

Por los motivos expresados mas abajo y correspondiendo su alta médica el día: a la/s hs.

INTERNADO: En sala común desde : hasta: / En U.T.I. desde: Hasta:

Datos sobre la **Internación**

1. Naturaleza de la Internación (marque con una cruz): ( ) Accidente - ( ) Enfermedad
2. Si la internación del Asegurado fue causada por una enfermedad, indique nombre de la misma y el tratamiento a seguir:
3. ¿A qué fecha o época considera Usted que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado?:
4. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad padecida? **Sí** **No** ¿Desde cuando?
5. Tiene Usted en su poder los protocolos médicos complementarios, solicitados para el diagnóstico, a los que fuera sometido el Asegurado por última enfermedad? **Sí** **No**
6. En caso de respuesta negativa en el item anterior, figuran esos estudios en la Historia Clínica de alguna Institución hospitalaria o sanatorial? **Sí** **No** Indique Cuál:
7. Si la internación del Asegurado fue causada por un accidente, indique los detalles que sean de su conocimiento:
8. Intervención/es realizada/s:
9. Código/s de referencia (según Nomenclador de Prestaciones Médicas y Sanatoriales):

Datos del Médico:

Nombre y Apellido del Médico: Matrícula:

Domicilio Teléfono

Datos del Establecimiento Asistencial:

Nombre: Dirección: 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 Profesional | Aclaración

Cardif Seguros S.A.
Bouchard 557 6° Piso C1106ABG - Capital Federal