

## Formulario de denuncia de Cuidados Prolongados

Por favor, respondé las preguntas en forma clara y completa. **No omitas ninguna.** 



### Datos del Beneficiario

Nombre/s y Apellido/s ..... Nacionalidad: .....  
Lugar de nacimiento: ..... Género:  Femenino  Masculino  No Binario  
Domicilio: ..... Localidad: .....  
Provincia: ..... Código Postal: .....  
Tipo y N° de documento ..... Fecha de nacimiento ...../...../..... DD/MM/AAAA  
Tel. Particular ..... Tel. Celular ..... E-mail .....

En función de la Resolución UIF N° 28/2018, Soluciones de Asistencia Integral S.A. debe requerir a sus clientes le informen si son Personas Políticamente Expuestas (PEPs) o si se encuentran relacionados a alguna de ellas.

Si tenés dudas ingresa a:

<https://www.argentina.gob.ar/uif/preguntas-frecuentes-generales-uif/personas-expuestas-politicamente>

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 ha leído la "Nomina de Personas Expuestas Políticamente" que se encuentra publicada en la web de Soluciones de Asistencia Integral S.A. y que

SI soy una Persona Expuesta Políticamente  NO soy una Persona Expuesta Políticamente

En caso **afirmativo**, se indica el Organismo Estatal en donde me desempeño, así como mi cargo, función o jerarquía:

.....



### Forma de pago

Nombre y apellido del Titular de la cuenta:.....  
N° de CUIT/CUIL del titular de la cuenta (11 dígitos):  -  -   
Nombre del Banco: .....  
N° de CBU (22 dígitos)

Si no tenés una cuenta bancaria propia, podés usar la cuenta de un tercero/a. Tené en cuenta que deberás:

- Informarnos el parentesco / relación con esta persona
- Presentar el Formulario PEP (Personas Expuestas Políticamente) completo y firmado por el tercero adjuntando copia del DNI

.....  
.....



### Datos de la Póliza

Entidad donde adquirió el seguro: .....

Nº de Póliza (no obligatorio): .....



### Datos del accidente

Fecha y hora del accidente: .....

Lugar del accidente: .....

Forma en que sucedió el accidente: .....

¿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 ..... DD/MM/AAAA

¿Estuvo hospitalizado a consecuencia del accidente? .....

Nombre de la Institución: .....

Fecha de ingreso ..... DD/MM/AAAA      Fecha de egreso ..... DD/MM/AAAA



### Autorización

A los médicos y otros profesionales de Medicina, Hospitales y otras Instituciones de Cuidados: Por medio del presente, los autorizo a proveer a Life Insurtech 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 Denunciante

.....  
Aclaración

### Formulario Informe Médico - Seguro de Cuidados Prolongados

Por favor, respondé las preguntas en forma clara y completa. **No omitas ninguna.**



#### Datos del Beneficiario

Nombre/s y Apellido/s ..... Nacionalidad: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... Código Postal: .....

Tipo y N° de documento ..... Fecha de nacimiento ..... DD/MM/AAAA

Tel. Particular ..... Tel. Celular ..... E-mail .....



#### Datos del Médico Asistente

¿En que fecha fue Usted consultado por primera vez en relación a la invalidez?: .....

Sírvase indicar la naturaleza de la lesión que originó la invalidez:

.....  
.....

Principal diagnóstico correspondiente a la invalidez:

.....

Tipificación Baremo:..... Fecha diagnóstico:..... Condición recurrente: ( ) Si - ( ) No

Si está completamente incapacitado en la actualidad, será permanente tal incapacidad? ( ) Si - ( ) No

Si la incapacidad no es permanente y definitiva, por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado?

.....

¿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 cotidiana?

.....

¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad? ( ) Si - ( ) No

En el caso de no querer el paciente realizarlo, cuáles son sus motivos?

.....

.....

¿Actualmente el paciente se encuentra internado en una Institución Médica o de Enfermería?: ( ) Si - ( ) No

Nombre de la Institución: .....

Dirección / Localidad: .....

Fecha de ingreso ...../...../..... DD/MM/AAAA      Fecha de egreso ...../...../..... DD/MM/AAAA

Si esta en una institución por conveniencia, pudiera el paciente recibir cuidado adecuado bajo un sistema de Cuidados en el Hogar? ( ) Si ( ) No

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

Diagnóstico .....

Fecha de ingreso ...../...../..... DD/MM/AAAA      Fecha de egreso ...../...../..... DD/MM/AAAA

¿En qué fecha le practico Usted la última atención o curación?:

.....

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:

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

Diagnóstico .....

Fecha de ingreso ...../...../..... DD/MM/AAAA      Fecha de egreso ...../...../..... DD/MM/AAAA

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 higienizarse.  
Nivel 3: No es capaz de higienizarse 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: .....

**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 descriptas.

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

**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**

.....  
**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.

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

.....  
.....

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.**

#### Información Importante

- Deberás presentar:

- Este formulario de Denuncia completo
- Informe Médico completo por el profesional tratante
- Documentación médica que acredite lo denunciado

Deberás entregar la documentación a la Compañía inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho.

La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.

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 No 17.418.

**Asimismo te informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.**

.....  
Lugar y Fecha

.....  
Firma de médico

.....  
Aclaración