

Formulario de denuncia de Transplantes

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



Datos del Asegurado

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
Poliza N° / Entidad donde contrató el seguro:

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:

.....



Formas 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

.....
.....



Detalle de la Enfermedad

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

Naturaleza de la enfermedad:

Detalle cualquier consulta efectuada referida a la enfermedad sufrida:

Fechas Nombre del Médico u Hospital

Tratamiento:

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 **Life Insurtech 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.

Información Importante

Deberás presentar:

- Este formulario de Denuncia completo
- Informe Médico completo por el profesional tratante
- Documentación médica que acredite el diagnóstico y la intervención a realizar

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 del Denunciante

.....
Aclaración

Informe del Médico

(EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO)

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asiste a la persona Asegurada en caso de trasplante. Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas.

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



Datos del Asegurado

Póliza N° / Entidad donde adquirió el Seguro:

Nombre/s y Apellido/s

Domicilio: Localidad:

Provincia: Código Postal:

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

Estado Civil: Lugar de nacimiento:



Datos sobre la Enfermedad

Diagnostico, estado actual y pronóstico de enfermedad del Asegurado:
.....
.....

Fecha en la que el Asegurado se dió cuenta de la enfermedad:

¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad?:
.....

¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos o subjetivos que motivaron al Asegurado a consultarlo?
.....
.....

¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado? Informe el nombre de los otros.
.....

Detalle los tratamientos que le prescribió al paciente con motivo de su enfermedad y qué tipo de medicación recibe:

.....
.....
.....

¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si lo hace?

.....

¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar relacionado con la enfermedad que padece?

.....

¿Qué limitaciones físicas tiene el Asegurado en la actualidad? Detalle y aporte los estudios complementarios (TAC, R.MN, Rx, Laboratorio, etc.) que demuestren la enfermedad desde el diagnóstico hasta la actualidad y/o resultado de los mismos.

.....
.....



En caso de enfermedades del corazón, rogamos indique:

Historial de dolores torácicos, refiera resultados de estudios

.....
.....

Cambios de ECG, ecocardiograma, ergometría, perfusión con TALIO, etc.

.....

En el caso de cirugía arterio-coronaria, le rogamos indique detalles en cuanto a la intervención efectuada: (Tipo)

.....
.....

En caso de derrame o hemorragia e infarto cerebral, le rogamos indique detalles en cuanto a cualquier secuela neurológica con una duración de más de 1 semana

.....
.....

Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual:

.....

En caso de cáncer, describalo con detalle y aporte los estudios complementarios y/o resultados que diagnosticaron la enfermedad y los resultados actuales:

.....
.....

En caso de Insuficiencia renal, aporte fecha y lugar donde se realizó la fístula arteriovenosa. Indique el centro Nefrológico donde realiza diálisis y cada cuanto con tiempo de duración.

.....
.....

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

Nombre y Apellido del Médico:

Matrícula:

Domicilio del consultorio: Teléfono:

Domicilio particular: Teléfono:

Este informe deberá ser enviado en sobre cerrado directamente a Life Insurtech S.A., la cual tratará esta información en forma totalmente confidencial, resguardando el secreto médico.

.....

Lugar y Fecha

Firma de médico

Aclaración