



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**.
- Formulario PEP (Personas Expuestas políticamente) **completo**.
- Informe médico provisto por BNP Paribas Cardif completo y firmado por el profesional.
- Documentación que acredite la intervención a realizar.
- 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 Trasplante

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

Datos del Asegurado

1. Póliza N° / Entidad donde contrató el seguro: _____
2. Nombre/s y apellido/s del Asegurado _____
3. Domicilio _____
Localidad _____ Código Postal _____
4. N° de Teléfono _____
5. Fecha de nacimiento _____ 6. 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 y Formulario PEP

JUSTIFICAR LA RAZON POR LA CUAL SOLICITA QUE EL PAGO SE REALICE EN CUENTA DE UN TERCERO:

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
9. Banco: _____
10. N° de CBU (22 dígitos):

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

Detalles de la Enfermedad

11. 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.

12. Naturaleza de la enfermedad: _____

13. 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 **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	_____ Aclaración
------------------------	------------------------------	---------------------



Informe del **Médico**

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.

Datos del Asegurado

1. Póliza N° / Entidad donde contrató 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. _____

Datos sobre la Enfermedad

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

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

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

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

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

14. ¿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:

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

--	--

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

--	--

--	--

17. ¿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:

18. Historial de dolores torácicos, refiera resultados de estudios

--	--

--	--

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

--	--

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

--	--

--	--

21. 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

--	--

--	--

22. 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 CARDIF Seguros de Vida S.A., la cual tratará esta información en forma totalmente confidencial, resguardando el secreto médico.

Lugar y Fecha

Firma y sello del Médico

Firma y sello del Médico



DECLARACION JURADA SOBRE PERSONAS POLÍTICAMENTE EXPUESTAS

En función de la Resolución N° 28/2018 emitida por la Unidad de Información Financiera, **Cardif Seguros S.A.** en su carácter de Sujeto Obligado (S.O.), debe requerir a sus clientes le informen si son Personas Políticamente Expuestas o si se encuentran relacionados a alguna de ellas.

El/la que suscribe (1),.....
declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que **SI / NO (2)** se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" detalladas en la presente, que ha leído. A su vez, asumo el compromiso de informar en forma inmediata, cualquier modificación que se produzca a este respecto, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

En caso afirmativo indicar:

Cargo / Función / Jerarquía, o relación (con la Persona Expuesta Políticamente):
.....

Documento de Identidad Tipo (3)..... Nro. País y Autoridad de Aplicación:

Lugar y Fecha: Firma del asegurado/ beneficiario.....

1 Integrar con el Nombre y Apellido de la persona física.

2 Tachar lo que no corresponda.

3 Indicar DNI, LE ó LC, para argentinos nativos. Para extranjeros, indicar DNI extranjeros, Pasaporte o Doc. de Identidad del respectivo país.

A COMPLETAR POR CARDIF SEGUROS S.A.

Certifico que la firma que antecede ha sido puesta en mi presencia y/o coincide con nuestros registros:

Lugar y Fecha:Firma y sello representante del S.O.

DETALLE DE PERSONAS EXPUESTAS POLITICAMENTE (según Resolución UIF N° 52/2012)

a) Los funcionarios públicos extranjeros: quedan comprendidas las personas que desempeñen o hayan desempeñado dichas funciones hasta dos años anteriores a la fecha en que fue realizada la operatoria, ocupando alguno de los siguientes cargos:

1. Jefes de Estado, jefes de Gobierno, gobernadores, intendentes, ministros, secretarios y subsecretarios de Estado y otros cargos gubernamentales equivalentes;
2. Miembros del Parlamento/Poder Legislativo;
3. Jueces, miembros superiores de tribunales y otras altas instancias judiciales y administrativas de ese ámbito del Poder Judicial;
4. Embajadores y cónsules.
5. Oficiales de alto rango de las fuerzas armadas (a partir de coronel o grado equivalente en la fuerza y/o país de que se trate) y de las fuerzas de seguridad pública (a partir de comisario o rango equivalente según la fuerza y/o país de que se trate);
6. Miembros de los órganos de dirección y control de empresas de propiedad estatal;
7. Directores, gobernadores, consejeros, síndicos o autoridades equivalentes de bancos centrales y otros organismos estatales de regulación y/o supervisión;

b) Los cónyuges, o convivientes reconocidos legalmente, familiares en línea ascendiente o descendiente hasta el primer grado de consanguinidad y allegados cercanos de las personas a que se refieren los puntos 1 a 7 del inciso a), durante el plazo indicado. A estos efectos, debe entenderse como

allegado cercano a aquella persona pública y comúnmente conocida por su íntima asociación a la persona definida como Persona Expuesta Políticamente en los puntos precedentes, incluyendo a quienes están en posición de realizar operaciones por grandes sumas de dinero en nombre de la referida persona.

c) Los funcionarios públicos nacionales que a continuación se señalan que se desempeñen o hayan desempeñado hasta dos años anteriores a la fecha en que fue realizada la operatoria:

1. El Presidente y Vicepresidente de la Nación;
2. Los Senadores y Diputados de la Nación;
3. Los magistrados del Poder Judicial de la Nación;
4. Los magistrados del Ministerio Público de la Nación;
5. El Defensor del Pueblo de la Nación y los adjuntos del Defensor del Pueblo;
6. El Jefe de Gabinete de Ministros, los Ministros, Secretarios y Subsecretarios del Poder Ejecutivo Nacional;
7. Los interventores federales;
8. El Síndico General de la Nación y los Síndicos Generales Adjuntos de la Sindicatura General de la Nación, el presidente y los auditores generales de la Auditoría General de la Nación, las autoridades superiores de los entes reguladores y los demás órganos que integran los sistemas de control del sector público nacional, y los miembros de organismos jurisdiccionales administrativos;
9. Los miembros del Consejo de la Magistratura y del Jurado de Enjuiciamiento;
10. Los Embajadores y Cónsules;
11. El personal de las Fuerzas Armadas, de la Policía Federal Argentina, de Gendarmería Nacional, de la Prefectura Naval Argentina, del Servicio Penitenciario Federal y de la Policía de Seguridad Aeroportuaria con jerarquía no menor de coronel o grado equivalente según la fuerza;
12. Los Rectores, Decanos y Secretarios de las Universidades Nacionales;
13. Los funcionarios o empleados con categoría o función no inferior a la de director general o nacional, que presten servicio en la Administración Pública Nacional, centralizada o descentralizada, las entidades autárquicas, los bancos y entidades financieras del sistema oficial, las obras sociales administradas por el Estado, las empresas del Estado, las sociedades del Estado y el personal con similar categoría o función, designado a propuesta del Estado en las sociedades de economía mixta, en las sociedades anónimas con participación estatal y en otros entes del sector público;
14. Todo funcionario o empleado público encargado de otorgar habilitaciones administrativas para el ejercicio de cualquier actividad, como también todo funcionario o empleado público encargado de controlar el funcionamiento de dichas actividades o de ejercer cualquier otro control en virtud de un poder de policía;
15. Los funcionarios que integran los organismos de control de los servicios públicos privatizados, con categoría no inferior a la de director general o nacional;
16. El personal que se desempeña en el Poder Legislativo de la Nación, con categoría no inferior a la de director;
17. El personal que cumpla servicios en el Poder Judicial de la Nación y en el Ministerio Público de la Nación, con categoría no inferior a Secretario;
18. Todo funcionario o empleado público que integre comisiones de adjudicación de licitaciones, de compra o de recepción de bienes, o participe en la toma de decisiones de licitaciones o compras;
19. Todo funcionario público que tenga por función administrar un patrimonio público o privado, o controlar o fiscalizar los ingresos públicos cualquiera fuera su naturaleza;
20. Los directores y administradores de las entidades sometidas al control externo del Honorable Congreso de la Nación, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 120 de la Ley N° 24.156.

d) Los funcionarios públicos provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que a continuación se señalan, que se desempeñen o hayan desempeñado hasta dos años anteriores a la fecha en que fue realizada la operatoria:

1. Gobernadores, Intendentes y Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
2. Ministros de Gobierno, Secretarios y Subsecretarios; Ministros de los Tribunales Superiores de Justicia de las provincias y de la C.A.B.A.;
3. Jueces y Secretarios de los Poderes Judiciales Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
4. Legisladores provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
5. Los miembros del Consejo de la Magistratura y del Jurado de Enjuiciamiento;
6. Máxima autoridad de los Organismos de Control y de los entes autárquicos provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
7. Máxima autoridad de las sociedades de propiedad de los estados provinciales, municipales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

e) Las autoridades y apoderados de partidos políticos a nivel nacional, provincial y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que se desempeñen o hayan desempeñado hasta dos años anteriores a la fecha en que fue realizada la operatoria.

f) Las autoridades y representantes legales de organizaciones sindicales y empresariales (cámaras, asociaciones y otras formas de agrupación corporativa con excepción de aquéllas que únicamente administren las contribuciones o participaciones efectuadas por sus socios, asociados, miembros asociados, miembros adherentes y/o las que surgen de acuerdos destinados a cumplir con sus objetivos estatutarios) que desempeñen o hayan desempeñado dichas funciones hasta dos años anteriores a la fecha en que fue realizada la operatoria. El alcance establecido se limita a aquellos rangos, jerarquías o categorías con facultades de decisión resolutive, por lo tanto se excluye a los funcionarios de niveles intermedios o inferiores.

g) Las autoridades y representantes legales de las obras sociales contempladas en la Ley N° 23.660, que desempeñen o hayan desempeñado dichas funciones hasta dos años anteriores a la fecha en que fue realizada la operatoria. El alcance establecido se limita a aquellos rangos, jerarquías o categorías con facultades de decisión resolutive, por lo tanto se excluye a los funcionarios de niveles intermedios o inferiores.

h) Las personas que desempeñen o que hayan desempeñado hasta dos años anteriores a la fecha en que fue realizada la operatoria, funciones superiores en una organización internacional y sean miembros de la alta gerencia, es decir, directores, subdirectores y miembros de la Junta o funciones equivalentes excluyéndose a los funcionarios de niveles intermedios o inferiores.

i) Los cónyuges, o convivientes reconocidos legalmente, y familiares en línea ascendiente o descendiente hasta el primer grado de consanguinidad, de las personas a que se refieren los puntos c), d), e), f), g), y h) durante los plazos que para ellas se indican.

Nota aclaratoria de los incisos b) e i): Primer grado de consanguinidad ascendiente se refiere a Padre y Madre y descendiente se refiere a Hijo e Hija.