



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.
- 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**



## Denuncia de Siniestro Seguro de Cuidados Prolongados

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA (no se deberá omitir ninguna).

### Datos del Asegurado

1. Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: Masc ( ) - Fem ( )
2. DNI – CI – LE – LC N°: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_
4. N° de Teléfono: \_\_\_\_\_ N° Celular: \_\_\_\_\_

### 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:

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
7. Banco: \_\_\_\_\_
8. N° de CBU (22 dígitos):  

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

### Datos de la Póliza

9. Entidad donde adquirió el seguro: \_\_\_\_\_
10. N° de Póliza (No obligatorio): \_\_\_\_\_

### Datos del accidente

11. A Fecha y hora del accidente : \_\_\_\_\_  
B Lugar del accidente : \_\_\_\_\_  
C Forma en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_
12. ¿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: \_\_\_\_\_

¿Estuvo hospitalizado a consecuencia del accidente?

13.

( ) SI - ( ) NO

Nombre de la Institución:

Fecha Ingreso:

Fecha Egreso:

### **AUTORIZACIÓN**

A los médicos y otros profesionales de Medicina, Hospitales y otras Instituciones de Cuidados: Por medio del presente, los autorizo a proveer a Cardif Seguros 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 Asegurado/Denunciante

Aclaración

**Formulario Informe Médico - Seguro de Cuidados Prolongados**

Importante: Este formulario de 2 páginas debe ser completado por el Médico que actualmente asiste al Asegurado / Paciente

**Datos del Asegurado / Paciente**

1. Nombre y Apellido : \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) - Femenino ( )
2. DNI – CI – LE – LC N°: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
4. N° de Teléfono: \_\_\_\_\_ N° Celular: \_\_\_\_\_

**Declaración del Médico Asistente**

5. ¿En que fecha fue Usted consultado por primera vez en relación a la invalidez?: \_\_\_\_\_
6. Sírvase indicar la naturaleza de la lesión que originó la invalidez: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Principal diagnóstico correspondiente a la invalidez: \_\_\_\_\_  
 Tipificación Baremo: \_\_\_\_\_ Fecha diagnóstico: \_\_\_\_\_ Condición recurrente: ( ) Si - ( ) No
8. Si está completamente incapacitado en la actualidad, será permanente tal incapacidad? ( ) Si - ( ) No
9. Si la incapacidad no es permanente y definitiva, por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
10. ¿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 cotidianas? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
11. ¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad? ( ) Si - ( ) No  
 En el caso de no querer el paciente realizarlo, cuáles son sus motivos? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
12. ¿Actualmente el paciente se encuentra internado en una Institución Médica o de Enfermería?: ( ) Si - ( ) No  
 Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_ Dirección / Localidad: \_\_\_\_\_  
 Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_ Probable fecha de alta / egreso: \_\_\_\_\_
13. Si esta en una institución por conveniencia, pudiera el paciente recibir cuidado adecuado bajo un sistema de Cuidados en el Hogar? ( ) Si ( ) No
14. ¿Ha estado el paciente internado en alguna Institución Médica o de Enfermería durante los últimos 5 años? ( ) Si - ( ) No  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha egreso: \_\_\_\_\_
15. ¿En qué fecha le practico Usted la última atención o curación?: \_\_\_\_\_

16. 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: \_\_\_\_\_

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

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_ Fecha Egreso: \_\_\_\_\_

18. 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 vestirse.

Nivel 3: No es capaz de vestirse 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: \_\_\_\_\_

19. 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.

20. 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

21. 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.

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

23. 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.**

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Médico

Aclaración



## 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.