

Formulario de denuncia de Internación

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

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/uiif/preguntas-frecuentes-generales-uiif/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 del siniestro

Causas de la Internación:

INTERNADO:

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

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 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 y/o Epicrisis de la Internación

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 asistió al Asegurado en caso de internación.

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



Datos del Asegurado

Por el presente certifico que el día:/...../..... DD/MM/AAAA a lashs.

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 lashs.

INTERNADO:

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



Datos sobre la internación

Naturaleza de la Internación (marque con una cruz): () Accidente - () Enfermedad

Si la internación del Asegurado fue causada por una enfermedad, indique nombre de la misma y el tratamiento a seguir:

.....

¿A qué fecha o época considera Usted que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado?:

.....

¿Conocía el Asegurado la enfermedad padecida? ☐ SI ☐ NO ¿Desde cuándo?

.....

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

En caso de respuesta negativa en el ítem anterior, figuran esos estudios en la Historia Clínica de alguna Institución hospitalaria o sanatorial? ☐ Sí ☐ No IndiqueCuál:

Si la internación del Asegurado fue causada por un accidente, indique los detalles que sean de su conocimiento:

.....

.....

Intervención/es realizada/s:

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:

Domicilio Teléfono:

Declaro que lo expresado por mí en este Informe es exacto y completo, según mi saber y entender.

.....		
Lugar y Fecha	Firma de médico	Aclaración