



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE BENEFICIO PARA
LA COBERTURA DE TRANSPLANTES POR EL ASEGURADO**

Advertencia importante: para poder dar curso es condición responder todas las preguntas de este formulario en forma completa, detallada y precisa sin dejar de contestar ninguna de ellas.

CONTRATANTE: N° de Póliza:

ASEGURADO:

Nombres y apellidos completos:.....

Documento Identidad Tipo: ... N°: CUIL/CUIT/CDI N°

Domicilio real: Calle.....N°:.....Piso:.....Dpto:.....

C.P.....Localidad:.....Provincia:.....

Teléfono particular: Teléfono Laboral:

Fecha de nacimiento:/...../..... Lugar de nacimiento:

Nacionalidad: Sexo:

Estado Civil: Actividad principal:

Correo electrónico:

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

EI/la¹ que suscribe, _____ declara bajo juramento que los datos consignados en la presente son correctos, completos y fiel expresión de la verdad y que **S/NO¹** se encuentra incluido y/o alcanzado dentro de la "Nómina de Personas Expuestas Políticamente" aprobada por la Unidad de Información Financiera, que ha leído. En caso afirmativo indicar detalladamente el motivo: _____. Además, asume el compromiso de informar cualquier modificación que se produzca a este respecto, dentro de los treinta (30) días de ocurrida, mediante la presentación de una nueva declaración jurada.

(Sólo en caso de tratarse de un sujeto obligado) Declaro bajo juramento que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento del terrorismo.

MEDICO DE CABECERA:

Nombre y Apellido _____

Domicilio _____

N° de teléfono _____

En virtud de las condiciones contractuales convenidas con CNP Assurances Compañía de Seguros S.A. ("CNP") pongo en su conocimiento los siguientes datos a efectos de la liquidación del beneficio correspondiente, y a tal efecto, acompaño documentación respaldatoria:

Le rogamos indique cualquier detalle, inclusive fechas en cuanto a la enfermedad sufrida, los Médicos y Especialistas que fueron consultados, al tratamiento seguido y en caso de una hospitalización, el Nombre del Establecimiento:

1. Diagnóstico: (descripción sintética de la Enfermedad y Tratamiento)
.....

2. Indique nombre del/los Médico/s, Institución o Establecimiento consultados por la enfermedad sufrida:

a. Establecimiento _____
Dirección _____ teléfono _____

b. Médico _____

c. Establecimiento _____
Dirección _____ teléfono _____

d. Médico _____

¹ Tachar lo que no corresponda.



- e. Establecimiento _____
Dirección _____ teléfono _____
- f. Médico _____
- g. Establecimiento _____
Dirección _____ teléfono _____
- h. Médico _____

PARA SER COMPLETADO SOLO EN CASO DE OPERACIÓN QUIRÚRGICA DE TRANSPLANTE

1. Establecimiento en el se llevará a cabo la intervención Quirúrgica de Transplante:
.....
2. Órgano a Transplantar: _____
Nombre y Apellido del Asegurado: _____
Nº de inscripción en el INCUCAI: _____
3. Fecha de Intervención: _____
4. Día y hora en que se procederá a la internación: _____ a las _____ hs.
5. Nombre y domicilio de los Especialistas intervinientes:
Dr. _____
Domicilio _____ Matrícula _____
Dr. _____
Domicilio _____ Matrícula _____
6. Validación de la Autoridad Administrativa del Establecimiento Sanitario:
Lugar y Fecha _____
Firma y Sello del responsable _____

**Declaro tener presente que CNP no tiene ni tendrá ninguna responsabilidad por la realización y resultado de la intervención quirúrgica de transplante de
(indicar el órgano objeto del Transplante)**

Si Ud. posee informes de Médicos u Hospital en cuanto al tratamiento recibido en caso de la enfermedad sufrida, le rogamos nos haga llegar una copia de los mismos. Acompañar con toda la documentación respaldatoria que obre en su poder acerca del cumplimiento de las formalidades para estos casos de las disposiciones de la Ley Nº 24.193

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que CNP pueda recabar cualquier información de los Médicos que me han asistido o me asistan en el futuro y autorizo la entrega de dicha información a la Compañía.

Lugar y Fecha _____

Firma del Asegurado _____ Aclaración _____

Nº de Documento: _____
(Adjuntar copia de DNI)

Firma del Médico _____ Sello: _____