

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres y apellidos completos _____

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

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Documento Identidad: Tipo _____ N° _____

Correo electrónico _____

Presto conformidad a fin de que cualquier pedido/envío de información/documentación, así como cualquier tipo de comunicación, sea cursado, indistintamente, al domicilio real o correo electrónico declarados en el presente, o en los que en su futuro los reemplacen. Las notificaciones allí cursadas serán consideradas completamente válidas en los términos del art. 16 de la Ley de Seguros.

Declaración Jurada sobre la condición de Persona Expuesta Políticamente

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 **SI / NO** (tachar lo que no corresponda) 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. Declaro bajo juramento que cumplo con las disposiciones legales vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiación del terrorismo.

MÉDICO DE CABECERA

Nombres y apellidos completos _____

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

C.P. _____ Localidad _____ Provincia _____

Teléfono particular Prefijo (____) _____ Teléfono Celular Prefijo (____) _____

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 _____

e. Establecimiento _____

Dirección _____ teléfono _____

f. Médico _____

g. Establecimiento _____

Dirección _____ teléfono _____

h. Médico _____

PARA SER COMPLETADO SOLO EN CASO DE OPERACIÓN QUIRÚRGICA DE TRASPLANTE

1. Establecimiento en el se llevará a cabo la intervención Quirúrgica de Trasplante: _____

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 trasplante de _____ (indicar el órgano objeto del Trasplante).

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 N° 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.

FIRMA Y ALCLARACIÓN DEL ASEGURADO

N° DOCUMENTO (Adjuntar copia)

FIRMA DEL MÉDICO

SELLO

LUGAR Y FECHA