



FICHA MÉDICA

CUIDADOS PROLONGADOS

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cobertura

NOMBRE Y APELLIDO:	NÚMERO DE DNI:
NÚMERO DE SINIESTRO:	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

SECCIÓN 2 - Datos del siniestro

LUGAR DEL SINIESTRO:	FECHA:	HORA:
¿EN QUÉ CIRCUNSTANCIAS SE PRODUJO EL ACCIDENTE?		

INDICÁ LAS LESIONES SUFRIDAS

INFORMACIÓN PARA SER COMPLETADA Y FIRMADA POR EL MÉDICO TRATANTE

¿EN CUÁLES DE LAS SIGUIENTES ACTIVIDADES DIARIAS CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ASISTENCIA DE PARTE DE OTRA PERSONA?	¿CUÁL FUE LA FECHA QUE TRATÓ AL PACIENTE POR PRIMERA VEZ PARA ESTA CONDICIÓN?	¿CONSIDERA USTED QUE LA AFECCIÓN ES PERMANENTE E IRREVERSIBLE?
COMER	➔	SÍ No
VESTIRSE	➔	SÍ No
CAMINAR	➔	SÍ No
LEVANTARSE DE LA CAMA Y ACOSTARSE	➔	SÍ No
USAR EL SERVICIO SANITARIO	➔	SÍ No

(Marque la o las actividades e indique la fecha aproximada en que comenzó a recibir asistencia, e indique la condición de la afección del paciente)

FIRMA DEL MEDICO / SELLO	FECHA
--------------------------	-------

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 126/2023 y N° 35/2023 y sus modificatorias de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer los requisitos de información que le/s serán requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación. De conformidad con las disposiciones de la Ley N° 25.326 y demás disposiciones complementarias, la entidad aseguradora informa al solicitante que los datos provistos serán incluidos en una base de datos de su titularidad, con la finalidad de cumplir con la normativa vigente. El suministro de su información personal es voluntario, pero en caso de que decida no hacerlo, no podrá hacer uso de los servicios de la Entidad Aseguradora. La información personal podrá ser compartida con terceros que brinden servicios de: (i) manejo electrónico de datos; y/o (ii) servicios relacionados con el objeto de la presente solicitud, tales como encuestas de calidad, entre otros. Autorizo el tratamiento de mi información personal con los fines y las formas descriptas en la Ficha Médica. Para mas información consulte nuestro Aviso de privacidad en www.assurant.com.ar/product-privacy-notice

NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE:	NÚMERO DE DNI:
CUIL/CUIT/CDI:	PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA