

## ACCIDENTES PERSONALES - ACCIDENTES Y/O DESMEMBRAMIENTO

**DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO**  
**ACCIDENTES PERSONALES**

**COBERTURA: ACCIDENTES Y/O DESMEMBRAMIENTO**

Formulario de Denuncia de Accidente y/o Desmembramiento. Declaración del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Denuncia de Accidente y/o Desmembramiento. Declaración del Médico.	<input type="checkbox"/>
Copia de la causa judicial del accidente, incluyendo resultados de alcoholemia y tóxicos.	<input type="checkbox"/>
Certificado de alta médica y secuelas.	<input type="checkbox"/>
Copia del documento del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Carta aviso Impuesto a la Transmisión Gratuita de Bienes (Herencia).	<input type="checkbox"/>
Si la indemnización fuese igual o mayor a \$ 40.000, o su equivalente en moneda extranjera, y siempre que la persona beneficiaria sea el mismo Tomador / Asegurado, adjuntar documentación relativa a prevención de lavado de dinero según corresponda.	<input type="checkbox"/>
Cuando la indemnización a percibir por beneficiario sea igual o mayor a \$ 30.000, o su equivalente en moneda extranjera, adjuntar constancia de CUIT/CUIL del / los beneficiario / s.	<input type="checkbox"/>
Formulario de solicitud de datos para pago por transferencia bancaria. Adjuntar copia de la cabecera del extracto bancario o certificación de CBU emitida por el banco.	<input type="checkbox"/>

## DENUNCIA DE ACCIDENTES Y/O DESMEMBRAMIENTO DECLARACIÓN DEL ASEGURADO - SEGURO DE VIDA

Póliza N° \_\_\_\_\_

Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas y remitir el presente formulario a la Compañía, dentro del plazo de quince días de ocurrido el accidente.

### 1. Datos del Asegurado

Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_

DNI / LE / LC / CI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### 2. Información sobre el Accidente

Especifique con la mayor exactitud posible los siguientes datos:

1. Parte del cuerpo lesionado: \_\_\_\_\_

2. Lesión sufrida (llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, otras.): \_\_\_\_\_

3. Aspecto del miembro accidentado / herido luego del accidente (deformaciones, acortamientos, etc.): \_\_\_\_\_

4. Lugar, fecha y hora del accidente: \_\_\_\_\_

5. Circunstancia del accidente y sus consecuencias: \_\_\_\_\_

6. Tareas que desempeña habitualmente: \_\_\_\_\_

7. ¿Son las que efectuaba al momento del accidente?: SÍ  NO

8. En caso de respuesta negativa, especifique qué tareas efectuaba al momento del accidente: \_\_\_\_\_

9. Maquinaria o instrumento que produjo el accidente: \_\_\_\_\_

10. Nombre del Médico o Establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios: \_\_\_\_\_

11. Nombre del Médico que lo atiende actualmente: \_\_\_\_\_

12. Nombre del consultorio, hospital, sanatorio: \_\_\_\_\_

13. ¿Se instruyó sumario policial? SÍ  NO  En caso afirmativo, presentar copia.

14. ¿Sufrió la amputación total de algún miembro?: SÍ  NO  En caso de respuesta afirmativa, detallar miembro amputado: \_\_\_\_\_

“Certifico que las declaraciones precedentes son sinceras y verídicas”.

Fechado en: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL ASEGURADO

.....  
ACLARACIÓN DE FIRMA DEL ASEGURADO

## DENUNCIA DE ACCIDENTES Y/O DESMEMBRAMIENTO DECLARACIÓN DEL MÉDICO - SEGURO DE VIDA

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad. Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

El Asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo, y remitir a la Compañía dentro de los quince días de ocurrido el accidente.

### 1. Datos del Asegurado

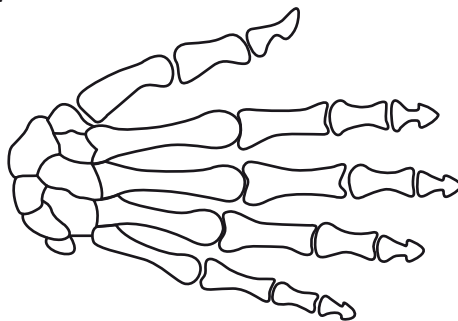
Apellido/s: \_\_\_\_\_ Nombre/s: \_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Documento D.N.I./ L.C./ L.E. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 2. Información sobre el Accidente

Especifique con la mayor exactitud posible los siguientes datos:

1. Miembro afectado: \_\_\_\_\_
2. Apariencia del miembro accidentado / herido luego del accidente (deformaciones, acortamientos, etc.): \_\_\_\_\_
3. Estado de la piel (cicatrices adherentes o no, dolorosas o indoloras, úlceras de decúbitos, fistulas, etc.): \_\_\_\_\_
4. Estado de los músculos (trofismo y tonicidad): \_\_\_\_\_
5. Palpación (dolor, derrames articulares, hematomas, abscesos): \_\_\_\_\_
6. Movilidad pasiva (rigidez, anquilosis, especificando los grados de movimiento): \_\_\_\_\_
7. Movilidad activa (limitaciones, parálisis, disminución de fuerzas, etc.; especificando los grados de movimiento): \_\_\_\_\_
8. Las lesiones que presenta el Asegurado: son definitivas  / existen posibilidades de recuperación
9. Fecha probable de alta médica: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
10. Describa las posibles secuelas: \_\_\_\_\_
11. Otros datos complementarios: \_\_\_\_\_

Por favor, indique en el esquema el sitio de las lesiones.



Fechado en: \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### 3. Datos del Médico Asistente

Nombre /s y Apellido /s: \_\_\_\_\_ Matrícula N°: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono : \_\_\_\_\_

.....  
FIRMA DEL MÉDICO

.....  
SELLO DEL MÉDICO

## SOLICITUD DE PAGO DE BENEFICIOS POR TRANSFERENCIA BANCARIA

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Póliza N° \_\_\_\_\_

**Datos del fallecido o el siniestrado:**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_

En mi carácter de Beneficiario de la póliza de referencia, solicito a Ud./s que el importe derivado de la misma, se haga efectivo mediante el Sistema de Acreditación por Transferencia, a la cuenta bancaria de mi titularidad cuyos datos consigno a continuación (\*):

Banco: \_\_\_\_\_  
N° de Cuenta: \_\_\_\_\_  
Tipo de Cuenta (Caja de Ahorro o Cta. Cte.): \_\_\_\_\_  
N° de CBU (22 dígitos): \_\_\_\_\_  
N° de C.U.I.T. / C.U.I.L.: \_\_\_\_\_

Una vez realizada la transferencia, declaro que SMG LIFE Seguros de Vida S.A. ha cumplido a mi entera satisfacción todas sus obligaciones, no teniendo en consecuencia ulterior reclamo que formular por este siniestro.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

\_\_\_\_\_  
ACLARACIÓN

\_\_\_\_\_  
N° DE DOCUMENTO

En carácter de (1):

- (\*) Deberá adjuntar fotocopia de la cabecera del extracto bancario o certificación de CBU emitida por el banco.  
(1) Indicar lo que corresponda (Beneficiario – Tomador – Curador – Tutor – Apoderado – En ejercicio de la patria potestad).