

ACCIDENTES PERSONALES - INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO
ACCIDENTES PERSONALES

COBERTURA: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Formulario Declaración de Incapacidad. Informe del Contratante (sólo en los Seguros de Vida Colectivo).	<input type="checkbox"/>
Formulario Declaración de Incapacidad. Informe del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Formulario Declaración de Incapacidad. Informe del Médico.	<input type="checkbox"/>
Copia del Dictamen de Comisión Médica o de Historia Clínica.	<input type="checkbox"/>
Copia de los últimos dos recibos de sueldo del Asegurado (si se trata de Asegurado en relación de dependencia).	<input type="checkbox"/>
Copia completa de la causa judicial del accidente, incluyendo resultados tóxicos y alcoholemia.	<input type="checkbox"/>
Copia del documento de identidad del Asegurado incapacitado.	<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"/>

DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD
SEGURO DE VIDA COLECTIVO - INFORME DEL CONTRATANTE

Póliza N°: _____ Certificado N°: _____ Capital Asegurado: _____

1. Datos del Contratante

Apellido /s: _____ Nombre /s: _____

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Tipo y N° de Documento D.N.I./ L.C./ L.E.: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Código Postal: _____

Provincia: _____

Teléfono/s: _____ E-mail: _____

2. Por favor, responda respecto del Asegurado:

Empleado desde el día ____ / ____ / ____

Cargo: _____

Fecha en que concurrió por última vez al empleo: ____ / ____ / ____

Sueldo bruto mensual al producirse la incapacidad: _____

¿ La incapacidad se produjo debido a un accidente mientras estaba empleado ? SÍ NO

¿ Estuvo enfermo antes del comienzo de su incapacidad ? SÍ NO

En caso afirmativo, indicar causas y fechas: _____

Observaciones: _____

Fechado en: _____ el día ____ de _____ de _____

.....
FIRMA DEL CONTRATANTE / TOMADOR

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE / TOMADOR

DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD INFORME DEL ASEGURADO

1. Datos del Asegurado

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Tipo y N° de Documento D.N.I./ L.C./ L.E.: _____
Edad: _____ Sexo: F M Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ Código Postal: _____
Teléfono/s: _____ E-mail: _____

2. Información sobre la naturaleza de la actual enfermedad o lesión

Especifique con la mayor exactitud posible los siguientes datos:

Fecha en que comenzó su incapacidad total o lesión, la cual le ha imposibilitado completamente para el trabajo: ____ / ____ / ____

Desde entonces, ¿se ha empleado usted en alguna ocupación o negocio? SÍ NO

En caso afirmativo, indicar por cuánto tiempo: _____

Fecha en que fue atendido por primera vez por un médico: ____ / ____ / ____

Indique nombre completo y lugar de atención de quienes le asistieron desde el principio de esta incapacidad:

Médico: _____ Institución: _____

Médico: _____ Institución: _____

Médico: _____ Institución: _____

¿Ha estado usted recluso en su casa por esta enfermedad o lesión? SÍ NO

En caso afirmativo, indicar por cuánto tiempo: _____

En caso negativo, por favor describa por qué razón está usted incapacitado para trabajar: _____

Si su incapacidad se debe a un accidente responda las siguientes preguntas:

a) ¿Trabajaba usted cuando ocurrió el accidente? SÍ NO

b) ¿Cuándo y dónde ocurrió el accidente? _____

c) Describa el accidente detalladamente: _____

d) ¿Está tramitando o le fue acordada su jubilación por incapacidad? SÍ NO

Fecha de inicio del trámite: ____ / ____ / ____

Fechado en _____ el _____ de _____ de _____

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA DEL ASEGURADO

DECLARACIÓN DE INCAPACIDAD INFORME DEL MÉDICO

Este cuestionario debe completarse 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.

1. Datos del Asegurado

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Tipo y N° de Documento D.N.I./ L.C./ L.E.: _____
 Edad: _____ Sexo: F M Estado Civil: _____ Nacionalidad: _____
 Estatura: _____ mt. Peso: _____ kg.

2. Datos sobre la enfermedad o accidente

- a. Naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la incapacidad del Asegurado: _____
- b. Fecha en que ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad: ____ / ____ / ____
- c. ¿ Cuáles fueron las primeras manifestaciones y/o síntomas ? : _____
- d. Exámenes realizados: _____
- e. Tratamiento indicado: _____
- f. Fecha en que el Asegurado consultó al Médico por primera vez: ____ / ____ / ____
- g. Lugar donde recibió atención médica por primera vez: (marcar con X en el recuadro correspondiente) Domicilio Consultorio Trabajo
- h. Fecha en que el Asegurado recibió atención médica por última vez o se le practicó la última cura: ____ / ____ / ____
- i. Cantidad de veces / frecuencia en que fue tratado durante ese período: _____
- j. Período de tiempo en que estuvo en reposo y/o permaneció en la casa: _____
- k. ¿ Permanece aún en reposo y/o en la casa ? SÍ NO
- l. De no guardar reposo; por favor indique el motivo por el cual no reasume sus tareas, aunque sea parcialmente: _____
- m. Principales síntomas, secuelas y signos actuales que padece el Asegurado: _____
- n. ¿ Requiere el estado del Asegurado seguir tratamiento médico, guardar reposo o permanecer en casa ? SÍ NO
- ñ. En caso afirmativo, indique las causas: _____
- o. ¿ Está el Asegurado en este momento TOTALMENTE INCAPACITADO para ejercer cualquier trabajo u ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad ?
SÍ NO
- p. En caso afirmativo, consigne la fecha desde cuándo se considera esta situación: ____ / ____ / ____
- q. Según su criterio, por favor indique cuánto tiempo cree usted que quedará incapacitado: _____
- r. Si está parcialmente incapacitado, ¿ qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora usted dicha incapacidad ? _____
- s. ¿ Podría el Asegurado ser tratado adecuadamente si retorna parcialmente al trabajo ? SÍ NO
- t. En caso negativo, indique los motivos: _____
- u. Por favor, especifique si usted cree fehacientemente que la invalidez será TOTAL Y PERMANENTE y de manera DEFINITIVA para ejercer cualquier ocupación remunerativa:
SÍ NO
- v. En caso afirmativo, explique los motivos: _____
- w. Fecha en que el Asegurado concurrió a trabajar por última vez: ____ / ____ / ____

x. Por favor, indique nombre y dirección de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado.

Doctor: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____

Doctor: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____

Doctor: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____

OBSERVACIONES GENERALES

Fecha en: _____, el _____ de _____ de _____

3. Datos del Médico Asistente

Apellido /s: _____ Nombre/s: _____ Matrícula N°: _____
Domicilio: _____ Teléfono/s: _____

Por la presente certifico que atendí al Asegurado como he declarado anteriormente y que a mi mejor conocimiento, información y creencia, las respuestas brindadas arriba son verdaderas y están completas. Asimismo, presto mi conformidad para que SMG LIFE Seguros de Vida S.A., pueda recabar información adicional en base a los datos aquí brindados.

.....
FIRMA DEL MÉDICO

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA DEL ASEGURADO

4. PARA USO DE LA COMPAÑÍA - DICTAMEN

Dictamen Médico: _____

Conclusiones: _____

Porcentaje de la Incapacidad: _____

ADVERTENCIAS ESPECIALES

El requerimiento de esta Declaración no implica reconocimiento por parte del Asegurador de la obligación de pagar el importe del seguro, y por lo tanto se reserva las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el Asegurado o el Beneficiario. Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyere necesario, el Asegurador podrá requerir una Declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al asegurado.

Consígnese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición, su duración y consecuencias, pues así se facilitará la LIQUIDACIÓN del siniestro. Si la incapacidad hubiere sobrevenido a raíz de accidente o de manera violenta, se sobreentiende que la palabra "lesión" reemplaza a la palabra "enfermedad". Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco", "agotamiento" u otras semejantes, a menos que se suministre minuciosamente detalles en cada caso. Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose el Asegurador el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario. Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resultara insuficiente, utilícese el espacio reservado en "observaciones generales". En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse una copia para el Asegurador.

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. Cre.): _____

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).