

SALUD - ALTA COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO

SALUD

COBERTURA: INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DE ALTA COMPLEJIDAD

Formulario de Denuncia de Alta Complejidad Quirúrgica. Declaración del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Denuncia de Alta Complejidad Quirúrgica. Declaración del Médico.	<input type="checkbox"/>
Copia completa de Historia Clínica desde inicio de la enfermedad o lesión.	<input type="checkbox"/>
Copia del Protocolo Quirúrgico firmado por el médico interviniente.	<input type="checkbox"/>
Copia del documento de identidad del asegurado.	<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"/>

ALTA COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Póliza N°: _____

Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

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. Datos del / los Médico/s Asistente/s

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

3. Detalles

Diagnóstico de enfermedad causal: _____

Fecha de inicio de la enfermedad: ____ / ____ / ____

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información detallada es verdadera y completa. Presto mi consentimiento para que SMG LIFE Seguros de Vida S.A., pueda recabar información de cualquier médico o especialista de la salud que alguna vez me haya asistido y/o de cualquier Compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna; autorizando por la presente, la entrega de dicha información.

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA

Fecha en: _____, el día ____ de _____ de _____

ALTA COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su enfermedad.

1. Asegurado

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____
DNI / LE / LC / CI: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

2. Enfermedad

a. Diagnóstico de enfermedad causal: _____

b. Fecha de inicio de la enfermedad: ____ / ____ / ____

3. Operación propuesta

Detalle: _____

4. Operación realizada

(Remitir fotocopia del protocolo quirúrgico firmado por el médico interviniente).

Detalle: _____

5. Observaciones

Fecha en: _____, el día ____ de ____ de _____

5. 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).