

SALUD - REINTEGRO DE GASTOS POR PRÓTESIS

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO

SALUD

COBERTURA: REINTEGRO DE GASTOS POR PRÓTESIS

Formulario de Denuncia de Gastos por Prótesis. Declaración del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Denuncia de Gastos por Prótesis. Declaración del Médico.	<input type="checkbox"/>
Copia completa de Historia Clínica.	<input type="checkbox"/>
Original de la factura y recibo del gasto incurrido por la adquisición de prótesis.	<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"/>

REINTEGRO DE GASTOS POR PRÓTESIS 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. Detalles

Describa la lesión o enfermedad: _____

En caso de accidente

Fecha en que ocurrió: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Lugar: _____

Aclaraciones: _____

En caso de enfermedad

Fecha en que ocurrió: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Lugar: _____

Aclaraciones: _____

Estuvo hospitalizado por esta lesión o enfermedad? SÍ NO En caso afirmativo, indique nombre de la institución donde se produjo la internación: _____

Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Fecha de Egreso: ____ / ____ / ____ Hora: _____

3. Datos del primer Médico consultado

Nombre y Apellido: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Fecha de la primer consulta: ____ / ____ / ____

Otros médicos que lo asisten:

NOMBRE	DOMICILIO / LUGAR DE ATENCIÓN	TELÉFONO

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 atendido y / o de cualquier Compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, autorizando por la presente, la entrega de dicha información.

Fecha en: _____ el día _____ de _____ de _____

.....
FIRMA DEL BENEFICIARIO

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA

REINTEGRO DE GASTOS POR PRÓTESIS DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Este cuestionario debe completarse 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. Detalles

Diagnóstico completo: _____

Si se practicó alguna cirugía, describa la operación: _____

Fecha de realización: ____ / ____ / ____

Indique todas las oportunidades en que atendió al paciente:

FECHA	DOMICILIO / LUGAR DE ATENCIÓN	DIAGNÓSTICO

¿Ordenó Ud. la hospitalización? Sí NO

Nombre del lugar de internación: _____

Fecha de Ingreso: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Fecha de Egreso: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Según su opinión, ¿Cuándo se originó la causa básica de esta lesión o enfermedad? _____

¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión o enfermedad? Sí NO

Obligaciones del paciente en su trabajo: _____

Observaciones: _____

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