

SALUD - TRASPLANTE

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO
SALUD

COBERTURA: TRASPLANTE

Formulario de Denuncia en Caso de Trasplante. Declaración del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Denuncia en Caso de Trasplante. Declaración del Médico.	<input type="checkbox"/>
Copia completa de Historia Clínica.	<input type="checkbox"/>
Copia del comprobante de inscripción en el INCUCAI.	<input type="checkbox"/>
Copia del documento 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 mayor o igual a \$ 30.000, o su equivalente en moneda extranjera, adjuntar constancia de CUIT/CUIL del / los beneficiario / s.	<input type="checkbox"/>
Formulario "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 EN CASO DE TRASPLANTE 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. Indicación del trasplante

Diagnóstico: _____

4. Informe al INCUCAI

Fecha de ingreso en lista de espera: ____ / ____ / ____

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.

.....
FIRMA DEL BENEFICIARIO

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA

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

DENUNCIA EN CASO TRASPLANTE DECLARACIÓN DEL MÉDICO

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

De acuerdo con la ley de trasplante N° 24193, es el INCUCAI el organismo autorizado a coordinar el implante de órganos y tejidos, y bajo dicha norma deberán establecerse las pautas para determinar los subsidios que otorga la póliza en estudio.

1. Asegurado

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

2. Detalles

a. Diagnóstico: _____
b. Fecha de diagnóstico: ____ / ____ / ____
c. Fecha de denuncia al INCUCAI (*): ____ / ____ / ____
4. Fecha de ingreso en la lista de espera de INCUCAI: ____ / ____ / ____

3. Otros detalles

Aclaraciones que considere necesarias: _____

(*) Nota: Art. 8 de la ley 24.19: determinado el trasplante, debe informarse al INCUCAI dentro de los 30 días de realizado el diagnóstico fehaciente.

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

4. Datos del Médico Asistente

Nombres / s y Apellido / s: _____ Matricula N°: _____
Domicilio: _____ Teléfono: _____

.....
FIRMA DEL MÉDICO

.....
SELLO DEL MÉDICO

INFORMACION SOBRE INTERNACIÓN

Póliza N° _____

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: _____

Por la presente informo que: _____

Ha sido / será (tachar lo que no corresponda) internado en: _____
(Nombre y Apellido del paciente)

El ____ de ____ de ____ a las ____ hs. con motivo de _____
(Nombre del Establecimiento Asistencial y Dirección)

Si ha sido dado de alta, indicar fecha: día: ____ / ____ / ____ hora: _____
(Descripción de la enfermedad o lesión)

En caso de internación en Terapia Intensiva detallar:

Desde: ____ / ____ / ____ a las ____ hs.

Hasta: ____ / ____ / ____ a las ____ hs.

2. Datos del Médico Asistente

Nombre/s y Apellido/s: _____ Matrícula N°: _____

Domicilio: _____ Teléfono/s: _____

Fecha de atención: desde ____ / ____ / ____

hasta: ____ / ____ / ____

.....
FIRMA DEL MÉDICO ASISTENTE

.....
SELLO DEL MÉDICO

.....
SELLO DE LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN

Fechado en : _____ el ____ de _____ de _____

.....
FIRMA DEL ASEGURADO

.....
ACLARACIÓN DE FIRMA

Nota: en caso de encontrarse el Asegurado imposibilitado de firmar el presente formulario, el mismo podrá ser firmado por un familiar directo.

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).