

SALUD - DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO

SALUD

COBERTURA: DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Formulario de Denuncia en caso de Diagnóstico de Cáncer. Declaración del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Denuncia en caso de Diagnóstico de Cáncer. Declaración del Médico.	<input type="checkbox"/>
Copia de Historia Clínica.	<input type="checkbox"/>
Copia del documento de 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"/>

DENUNCIA EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DECLARACIÓN DEL MÉDICO

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

1. Asegurado

Apellido/s: _____ Nombre/s: _____

DNI / LE / LC / CI: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

2. Detalles

a. Naturaleza y relevancia de la enfermedad del Asegurado: _____

b. Fecha en que el Asegurado comenzó con la sintomatología de la enfermedad: ____ / ____ / ____

c. Por favor indique fecha y diagnóstico de biopsias o estudios anatomopatológicos realizados al paciente: _____

d. ¿Cuándo fue usted consultado por primera vez en relación con la enfermedad? _____

e. ¿Es usted el médico habitual de cabecera del reclamante? SÍ NO En caso de respuesta negativa, indicar el nombre del médico tratante o que le derivó: _____

f. ¿A qué tratamiento se lo ha sometido y qué tipo de medicación recibe? _____

g. ¿Con qué frecuencia acude el reclamante a su consulta, si es que lo hace? _____

h. ¿Tiene conocimiento de algún historial previo del reclamante que pueda posiblemente estar conectado con la enfermedad que padece? _____

i. ¿Qué limitaciones tiene el reclamante actualmente en su vida diaria a raíz de la enfermedad? _____

j. ¿Posee Historia Clínica de internación o consultorio? SÍ NO

Por favor, describa brevemente su historial: _____

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

3. Datos del Médico Asistente

Nombres / s y Apellido / s: _____ Matricula 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).