



Seguro de Vida - Vida Colectivo

Para comenzar con la gestión del siniestro debe:



1. Completar el formulario.



2. Escanear los documentos a presentar.



3. Enviar por email a beneficios-life@swissmedical.com.ar

» En caso de faltar alguna respuesta, el trámite se demorará.

Documentación requerida en caso de siniestro

Cobertura: Muerte

Copia de Partida de Defunción.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Denuncia de Siniestro.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Denuncia de Fallecimiento - Declaración del médico asistente.	<input type="checkbox"/>
Copia de los últimos 2 recibos de sueldo del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Copia de designación de Beneficiarios.	<input type="checkbox"/>
Copia de DNI del/los Beneficiario/s designado/s.	<input type="checkbox"/>
En caso de que los Beneficiarios resulten estar domiciliados en Provincia de Buenos Aires o Entre Ríos, deberán aportar también la "Declaración Jurada de Impuestos a la transmisión gratuita de bienes".	<input type="checkbox"/>
Formulario de Datos para el Pago por Transferencia Bancaria.	<input type="checkbox"/>
Copia firmada de Consentimiento Informado.	<input type="checkbox"/>

Denuncia de fallecimiento. Declaración del médico asistente.

Esta declaración debe completarse por el médico asistente al momento del fallecimiento del Asegurado. Se deben contestar todos los campos solicitados tomando en cuenta las indicaciones en el apartado de "Advertencias" que figura en la última página.

Póliza

1. Datos del Asegurado:

Nombre/s y Apellido/s: _____

DNI: _____ Edad: _____

Género: M F Estatura: _____ m _____ cm. Peso: _____ kg.

Fallecimiento por Accidente

1. Datos del Siniestro:

Causa del accidente: _____

Lugar del accidente: _____ Fecha del accidente: ____ / ____ / ____

¿Se practicó autopsia?: Adjuntar copia con resultados toxicológicos. SÍ NO

¿Se instruyó sumario policial/judicial?: Adjuntar copia con resultados toxicológicos. SÍ NO

Fallecimiento por Enfermedad

1. Datos del Siniestro:

Causa del fallecimiento: _____

Lugar del fallecimiento: _____ Fecha del fallecimiento: ____ / ____ / ____

2. Datos sobre la Enfermedad (Declaración del médico):

A. ¿Era usted su médico asistente/ de cabecera?: SÍ NO

B. ¿Desde qué fecha?: ____ / ____ / ____ ¿Hasta qué fecha lo asistió?: ____ / ____ / ____

C. ¿Fue asistido por otros médicos?: SÍ NO

D. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que padecía?: SÍ NO

¿Desde qué fecha?: ____ / ____ / ____

Según su criterio, especifique desde qué fecha el Asegurado estuvo impedido de atender sus obligaciones: ____ / ____ / ____

E. ¿Qué enfermedades detectó Ud. durante el tiempo que lo asistió?:

Fecha: ____ / ____ / ____ Diagnóstico: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Diagnóstico: _____

F. Enumere antecedentes quirúrgicos del Asegurado y fecha de intervención:

Fecha: ____ / ____ / ____ Antecedente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Antecedente: _____

G. Fecha y diagnóstico de la enfermedad que le provocó el fallecimiento:

Fecha: ____ / ____ / ____ Diagnóstico: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Diagnóstico: _____

H. Detalle los estudios complementarios que solicitó, mencionando los resultados y las fechas aproximadas:

Estudio: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Resultado: _____

Estudio: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Resultado: _____

I. ¿Lo asistieron profesionales?:

SÍ NO

Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Motivo: _____

Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Motivo: _____

Nombre: _____

Fecha: ____ / ____ / ____ Motivo: _____

Espacio para Información Adicional:

Datos del Médico:

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

Dirección: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ CP: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. Fijo: 0 Email: _____

Firmado en _____, el ____ de _____ del 20 ____.

Firma del médico

Aclaración de la firma o sello

Advertencias:

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 acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el Asegurado o el Beneficiario. Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyese necesario, el Asegurador podrá requerir una declaración igual o la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto. 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 muerte hubiese sobrevenido a raíz de un 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 otros semejantes, a menos que se suministre minuciosamente detalles en cada caso. Cada pregunta debe responderse 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 de Información Adicional. En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse una copia para el Asegurador.

Consentimiento informado (RENAPER)

En mi carácter de familiar del Sr/a: _____ presto mi consentimiento para que SMG LIFE Seguros de Vida SA en su carácter de Cesionario confronte los datos del Sr/a: _____ conforme a las especificaciones que a continuación se detallan:

Datos autorizados:

El presente consentimiento para el tratamiento de mis datos personales alcanza a los incluidos en mi Documento Nacional de Identidad (incluyendo datos biométricos de huella dactilar y de reconocimiento facial) en confronte con lo que informa el web service del Registro Nacional de las Personas.

Información sobre el tratamiento:

1. Los datos serán tratados con la exclusiva finalidad de validar mi identidad y verificar la vigencia de mi Documento Nacional de Identidad para: _____.
2. Los datos confrontados serán destruidos una vez verificada la validez del Documento Nacional de Identidad y validada la misma, no pudiendo ser almacenados.
3. Los datos son facilitados con carácter obligatorio, por cuanto es imprescindible identificar fehacientemente al titular, para asegurar el correcto proceso de identificación.
4. El titular de los datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de sus datos en cualquier momento y a su sola solicitud ante el RENAPER.
5. En cumplimiento de la Resolución AAIP N° 14/2018, le hacemos saber que la Agencia de Acceso a la Información Pública, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales.

Firmado en _____, el ____ de _____ del 20 _____.

¹ Para el caso de que la entidad privada haya contratado el servicio de confronte de huellas y/o rostro.

¿Sabías que en Swiss Medical Seguros contamos con un Departamento de Prevención de Fraude?

Nuestra compañía está comprometida a cumplir con el decálogo de desafíos éticos propuesto en la resolución SSN 38.477, que destaca las buenas prácticas, la debida diligencia, el trato justo y la buena fe.

¿Qué es el fraude?

Es toda acción contraria a la verdad y a la buena fe, llevada a cabo con la finalidad de obtener un beneficio que no corresponde. Está penado legal, ética, moral y socialmente.

Recomendaciones:

- No firmar en blanco formularios de reclamos o denuncias de siniestros.
- No aceptar dinero, suscribir documentos o acordar apoderamientos cuyos alcances y efectos no comprendan, como tampoco reconocer hechos que no han sucedido, ni aceptar la asistencia letrada proporcionada por terceros desconocidos.
- No modificar el estado de las cosas dañadas por el siniestro como tampoco exagerar fraudulentamente los daños, emplear pruebas falsas o proporcionar información complementaria falsa.
- El fraude que afecta al asegurador es un delito. La variación, simulación o tergiversación de circunstancias personales, temporales, objetivas, de causalidad, de lugar, y la provocación deliberada, o la simulación total o parcial del acaecimiento del siniestro, son algunas de las formas de fraudes más comunes, lo que lleva a admitirlo como natural, sin comprender la gravedad que conlleva.
- No avenirse a cooperar en la realización de una maniobra de fraude.
- No aceptar ofrecimientos económicos con la pretensión de cobrar indemnizaciones por heridas autoinfligidas, simulación de accidentes, etc.
- No facilitar tus datos a terceros sin tener un motivo justificado.
- Consultar con tu aseguradora ante cualquier duda o eventualidad y comunicar novedades que surjan.
- Formular la denuncia del acaecimiento del siniestro y solicitar el número del mismo.

¡Vos también podés ayudarnos a prevenir el fraude!

En caso de conocer o sospechar de alguien que cometa fraude en seguros podés comunicarte al 0800-999-7745 o al 4363-4041. También podés enviar un correo electrónico a denuncias@swissmedical.com.ar o completar el formulario desde nuestra web: <https://www.swissmedical.com.ar/smgnewsite/smglife/fraude.php>

Para denunciar un caso de fraude ante la Superintendencia de Seguros de la Nación (SSN) ingresá a www.ssn.gob.ar o comunicate al 0800-666-8400.

Enterate más:

