



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: Incapacidad Total y Permanente

Formulario de Denuncia de Siniestro.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Invalidez Total por Accidente o por Enfermedad, según corresponda.	<input type="checkbox"/>
Copia del dictamen de Comisión Médica/SRT/Baja de Servicios, y copia de la historia clínica con estudios médicos realizados.	<input type="checkbox"/>
Copia de los últimos 3 recibos de sueldo del Asegurado.	<input type="checkbox"/>
Copia completa o datos (número de expediente, carátula y Juzgado) de la Causa Judicial del accidente.	<input type="checkbox"/>
Copia del DNI del Asegurado incapacitado.	<input type="checkbox"/>
Formulario de Datos para el Pago por Transferencia Bancaria.	<input type="checkbox"/>

Invalidez parcial y/o total por accidente

Art. 5° de la Ley de Seguros N°17.418: "Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el Asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si el Asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado de riesgo, hace nulo el contrato".

N° de Póliza: _____

1. Datos del Asegurado:

Nombre/s y Apellido/s: _____

DNI: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Edad actual: ____ CUIT/CUIL: _____

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

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. Fijo: 0 [][][][] [][][][][][][][] Cel.: [][][][] [][][][][][][][]

Lugar donde trabaja: _____ Ocupación /Cargo: _____

¿Practica o realiza deportes o actividades riesgosas? Por favor detallar:

2. Información sobre el accidente:

Fecha del accidente: ____ / ____ / ____

Tipo: Tránsito Laboral Doméstico Hora: ____ : ____ h.

Circunstancias del accidente:

1. ¿Se instruyó sumario policial?: En caso afirmativo presentar copia. SÍ NO

2. ¿Requirió internación?: Completar en caso afirmativo: SÍ NO

Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____ Fecha de Egreso: ____ / ____ / ____

Nombre de la institución: _____

Parte del cuerpo lesionado: _____

Lesión sufrida (contusiones, desgarraduras, cortaduras, fracturas, conmociones, otras):

Enumere los estudios realizados y/o tratamiento: _____

Concluyó tratamiento: SÍ NO
Curó sin secuelas Curó con secuelas ¿Cuáles?: _____

3. ¿Sufrió amputaciones o pérdidas orgánicas?: SÍ NO
¿Cuáles?: _____

Tareas que desempeñaba habitualmente: _____
Indique si influyó en la enfermedad, accidente o el fallecimiento, directa o indirectamente.

Explique:

4. ¿Qué porcentaje de invalidez corresponde a las secuelas? (Baremo de uso: Ley 24241; Decreto 478/98):

3. Datos del médico:

Nombre/s y Apellido/s: _____ Matrícula N°: _____
Dirección: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ CP: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Tel. Fijo: 0 Cel.: Email: _____

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

Firma del médico

Aclaración de la firma o sello

Firma del Asegurado

Aclaración de la firma

Invalidez total y permanente por enfermedad

Este cuestionario debe completarse por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad.

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

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 capacidad hubiere sobrevivido a raíz del 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 otras semejantes, a menos que se suministre minuciosamente detalles en cada caso. Cada pregunta debe contestarse 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 reservado en "observaciones generales".

1. Datos del Asegurado:

Nombre/s y Apellido/s: _____

DNI: _____ Edad: _____ Género: M F

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a Unión Convivencial Unión Civil

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

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. Fijo: 0 Cel.: Email: _____

2. Datos sobre la enfermedad:

A. Naturaleza de la enfermedad que causó la incapacidad del Asegurado:

B. Fecha en que se inició la enfermedad que causó la incapacidad: ____ / ____ / ____

C. ¿Cuáles fueron las primeras manifestaciones y/o síntomas?:

D. Exámenes realizados: _____

E. Tratamiento indicado: _____

F. Fecha en que el Asegurado recibió atención médica por primera vez: ____ / ____ / ____

G. Lugar donde recibió atención médica por primera vez: Domicilio Consultorio Trabajo

H. Fecha en que el Asegurado recibió atención médica por última vez o se le practicó la última cura: ____ / ____ / ____

I. Cantidad de veces/frecuencia en que fue tratado durante ese período:

J. Período de tiempo en que estuvo en reposo y/o permaneció en la casa: _____

K. ¿Permanece en reposo y/o en la casa?: SÍ NO

L. De no guardar reposo, por favor indique el motivo por el cual no reanuda sus tareas, aunque sea parcialmente:

M. Principales síntomas, secuelas y signos actuales que padece el Asegurado:

N. ¿Requiere el estado del Asegurado seguir tratamiento médico, guardar reposo o permanecer en casa? SÍ NO

En caso afirmativo, indique las causas:

Ñ. ¿Está el Asegurado en este momento **totalmente incapacitado** para ejercer cualquier trabajo u ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad? SÍ NO

En caso afirmativo, consigne la fecha desde cuándo se considera esta situación: ____ / ____ / ____

O. Según su criterio, por favor indique cuánto tiempo cree que quedará incapacitado:

P. ¿Qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora usted dicha incapacidad?:

Q. ¿Podría el Asegurado ser tratado adecuadamente si retoma parcialmente al trabajo?: SÍ NO

En caso negativo, indique los motivos: _____

R. Por favor, especifique si usted cree fehacientemente que la invalidez será **total y permanente** y de manera **definitiva** para ejercer cualquier ocupación remunerativa: SÍ NO

En caso afirmativo, explique los motivos: _____

S. Fecha en que el Asegurado concurrió a trabajar por última vez : ____ / ____ / ____

T. Por favor, indique el nombre y dirección de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado:

Doctor: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

Espacio para Información Adicional:

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

3. Datos del Médico Asistente:

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

Domicilio: _____

Por la presente certifica que atendió al Asegurado como declaró y que, a su mejor conocimiento, información y creencia, las respuestas brindadas arriba son verdaderas y están completas. Asimismo, presenta conformidad para que SMG LIFE Seguros de Vida S.A. pueda recabar información adicional en base a los datos aquí brindados.

Firma del Médico

Aclaración de firma y sello del Médico

Firma del Asegurado

Aclaración de firma del Asegurado

Advertencias especiales:

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 las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el Asegurado o el Beneficiario. Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyere necesario, el Asegurador podrá requerir una Declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al Asegurado.

En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse una copia para el Asegurador.

¿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:

