



Seguro de Vida - Salud

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: trasplante

Formulario de Denuncia de Siniestro.	☐
Formulario de Denuncia en caso de Trasplante.	☐
Declaración del médico.	☐
Copia de historia clínica con estudios médicos realizados y protocolo quirúrgico.	☐
Copia del Comprobante de Inscripción en el INCUCAI.	☐
Copia del DNI del Asegurado.	☐
Formulario de Datos para el Pago por Transferencia Bancaria.	☐

Denuncia de Siniestro - Seguro de Vida

Cobertura Denunciada:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Vida Colectivo | ☐ Vida Individual | ☐ Vida Obligatorio |
| ☐ Accidentes Personales | ☐ Sepelio | ☐ Salud |

Indique el n° de póliza/s afectada/s: _____ Vigencia: ____ / ____ / ____ Certificado: _____

Tipo de siniestro:

- | | |
|---|---|
| ☐ Muerte por enfermedad | ☐ Invalidez Parcial y Permanente |
| ☐ Muerte accidental | ☐ Sepelio |
| ☐ Invalidez total y Permanente | ☐ Otros: _____ |

Datos del Asegurado:

Nombre/s y Apellido/s: _____

DNI: _____ CUIT/CUIL: _____

Ocupación: _____

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

Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ Género: M ☐ F ☐

Datos de/los Denunciante/s - Beneficiario/s:

Nombre/s y Apellido/s: _____

DNI: _____ CUIT/CUIL: _____

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

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: M ☐ F ☐

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

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. Fijo: 0 Cel.: Email: _____

CBU: o Alias: _____

Motivo de la cesión:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Titular del Interés Asegurado | ☐ Beneficiario Designado | ☐ Heredero Legal |
| ☐ Apoderado | ☐ Tutor | ☐ Curador |

Otros: _____

Adjuntar formulario de Cesión de Derechos, el Poder, la Designación de Beneficiario, Tutela y/o Curatela.

Cesionario de los derechos de la póliza: _____

Nombre y Apellido: _____

Motivo de la cesión: _____

DNI (adjuntar copia): _____

Firma del Asegurado

Aclaración de la firma

DNI

En caso de ser más de un Denunciante/Beneficiario, completar:

Datos de/los Denunciante/s - Beneficiario/s:

Nombre/s y Apellido/s: _____
 DNI: _____ CUIT/CUIL: _____
 Estado Civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión Convivencial ☐ Unión Civil ☐
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: M ☐ F ☐
 Dirección: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ CP: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Tel. Fijo: 0 Cel.: Email: _____
 CBU: o Alias: _____

Motivo de la cesión:

- ☐ Titular del Interés Asegurado ☐ Beneficiario Designado ☐ Heredero Legal
☐ Apoderado ☐ Tutor ☐ Curador

Otros: _____

Adjuntar formulario de Cesión de Derechos, el Poder, la Designación de Beneficiario, Tutela y/o Curatela.

Cesionario de los derechos de la póliza: _____

Nombre y Apellido: _____

Motivo de la cesión: _____

DNI (adjuntar copia): _____

 Firma del Beneficiario y/o Denunciante

 Aclaración de la firma

 DNI

En caso de ser más de un Denunciante/Beneficiario, completar:

Datos de/los Denunciante/s - Beneficiario/s:

Nombre/s y Apellido/s: _____
 DNI: _____ CUIT/CUIL: _____
 Estado Civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión Convivencial ☐ Unión Civil ☐
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: M ☐ F ☐
 Dirección: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ CP: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Tel. Fijo: 0 Cel.: Email: _____
 CBU: o Alias: _____

Motivo de la cesión:

- ☐ Titular del Interés Asegurado ☐ Beneficiario Designado ☐ Heredero Legal
☐ Apoderado ☐ Tutor ☐ Curador

Otros: _____

Adjuntar formulario de Cesión de Derechos, el Poder, la Designación de Beneficiario, Tutela y/o Curatela.

Cesionario de los derechos de la póliza: _____

Nombre y Apellido: _____

Motivo de la cesión: _____

DNI (adjuntar copia): _____

 Firma del Beneficiario y/o Denunciante

 Aclaración de la firma

 DNI

En caso de ser más de un Denunciante/Beneficiario, completar:

Datos de/los Denunciante/s - Beneficiario/s:

Nombre/s y Apellido/s: _____
 DNI: _____ CUIT/CUIL: _____
 Estado Civil: Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a ☐ Unión Convivencial ☐ Unión Civil ☐
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Género: M ☐ F ☐
 Dirección: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto: _____ CP: _____
 Localidad: _____ Provincia: _____
 Tel. Fijo: 0 Cel.: Email: _____
 CBU: o Alias: _____

Motivo de la cesión:

- ☐ Titular del Interés Asegurado ☐ Beneficiario Designado ☐ Heredero Legal
☐ Apoderado ☐ Tutor ☐ Curador

Otros: _____

Adjuntar formulario de Cesión de Derechos, el Poder, la Designación de Beneficiario, Tutela y/o Curatela.

Cesionario de los derechos de la póliza: _____

Nombre y Apellido: _____

Motivo de la cesión: _____

DNI (adjuntar copia): _____

 Firma del Beneficiario y/o Denunciante

 Aclaración de la firma

 DNI

Denuncia en caso de trasplante Declaración del Asegurado

Este cuestionario debe completarse 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 beneficios que otorga la póliza en estudio.

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. Información sobre la condición del Asegurado:

A. Diagnóstico: _____
B. Fecha de diagnóstico: ____ / ____ / ____
C. Fecha de denuncia al INCUCAI: ____ / ____ / ____
D. Fecha de ingreso en la lista de espera de INCUCAI: ____ / ____ / ____

3. Datos de la internación:

Ha sido / será internado en: _____
En caso de internación en terapia Intensiva detallar:
Desde: ____ / ____ / ____ a las: ____ : ____ h. hasta: ____ / ____ / ____ a las: ____ : ____ h.
En caso de internación en sala:
Desde: ____ / ____ / ____ a las: ____ : ____ h. hasta: ____ / ____ / ____ a las: ____ : ____ h.

4. Espacio para Información Adicional:

Nota: Art. 8 de la ley 24.193: Todo médico que diagnosticare a un paciente una enfermedad susceptible de ser tratada mediante un implante deberá denunciar el hecho al INCUCAI dentro de los 30 días de realizado el diagnóstico fehaciente.

5. Datos del médico asistente:

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

Domicilio: _____ Tel.: 0

Fecha de atención:

Desde: ____ / ____ / ____ a las: ____ : ____ h. hasta: ____ / ____ / ____ a las: ____ : ____ h.

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

Firma del Médico Asistente_____
Aclaración de la firma o sello_____
Sello de la Institución de la Internación

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

Por la presente, certifica que las respuestas brindadas arriba son verdaderas y completas según su mejor conocimiento, información y creencia. Asimismo, presta conformidad para que SMG LIFE Seguros de Vida S.A. pueda recabar información adicional en base a los datos brindados.

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

Firma del Asegurado_____
Aclaración de la firma



¿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:

