



Seguro de Vida - Accidentes Personales

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: gastos médicos por accidente

Formulario de Denuncia de Siniestro.	☐
Formulario de Denuncia de Gastos Médicos a consecuencia de Accidente: Declaración del Asegurado/Contratante.	☐
Formulario de Denuncia de Gastos Médicos a consecuencia de Accidente: Declaración del Médico.	☐
Copia de órdenes de estudios médicos y medicamentos.	☐
Copia de facturas de gastos de asistencia médica y farmacéutica.	☐
Copia del DNI del Asegurado.	☐
Formulario de Datos para el Pago por Transferencia Bancaria.	☐
En caso de tratarse de Clubes/Instituciones Deportivas: presentar copia de planilla de juego correspondiente y listado de Buena Fe.	☐
En caso de tratarse de Colegios/Instituciones Educativas: presentar copia de Constancia de Alumno Regular.	☐

Denuncia de gastos médicos a consecuencia de accidente

Declaración del Asegurado

N° de Póliza: _____

Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas y enviarlo a la Compañía dentro del plazo de quince días de ocurrido el accidente.

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.: 0 Cel.: Email: _____

2. Datos del Accidente:

A. ¿Cuándo ocurrió el hecho? ____ / ____ / ____ a las: _____ h.

B. ¿Dónde ocurrió? _____

Describe la forma en la que ocurrió el accidente:

Describe la lesión:

3. Datos del Médico consultado luego del accidente:

Nombre/s y Apellido/s: _____

Nacionalidad: _____

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

Localidad: _____ Provincia: _____

Tel. Fijo: 0 Fecha de la primera consulta: ____ / ____ / ____

Nombres de otros médicos que lo asisten por esta lesión:

¿Estuvo hospitalizado por esta lesión?

SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, indique nombre de la institución donde se realizó la internación:

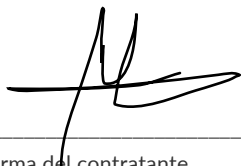
Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Fecha de ingreso: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Totalmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

Parcialmente incapacitado: Desde: _____ Hasta: _____

"Declara a su mejor saber y entender que toda la información suministrada es verdadera y completa, y que las facturas adjuntas son verídicas y cabales. Da su consentimiento para que SMG LIFE Seguros de Vida S.A. pueda recabar cualquier información de los médicos y/o clínicas u otras instituciones que alguna vez lo hayan atendido por este accidente, y de cualquier Compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, autorizando por la presente la entrega de dicha información a los fines de constatar su declaración."

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



Firma del contratante



Aclaración de la firma

Firma del asegurado

Aclaración de la firma

Adjunte por separado originales de facturas de gastos de clínica y de los profesionales que intervinieron en el caso (Cirujano, Anestesista, Ayudante, Radiólogo, Laboratoristas, etc.)