



## 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.

<b>Documentación requerida en caso de siniestro</b> 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.	

01



## Denuncia de Siniestro - Seguro de Vida

Cobertura Denunciada:		
☐ Vida Colectivo	☐ Vida Individual	☐ Vida Obligatorio
☐ Accidentes Personales	☐ Sepelio	☐ Salud
Indique el nº 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:		
	CUIT/CUIL:	
Ocupación:		
Estado Civil: Soltero/a   Casado/a   Se	eparado/a 🗌 Divorciado/a 🗍 Viudo/a 🗍 Unión C	Convivencial 🗌 Unión Civil 🗌
	Fecha de Nacimiento: / / E	
Estado Civil: Soltero/a 🗌 Casado/a 🗍 Se	CUIT/CUIL: eparado/a	
		Convivencial Unión Civil U
Fecha de Nacimiento:///		
		°: Piso: Depto: CP:
Localidad:		
Tel. Fijo: 0		
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 Cu	ratela.
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

I D0135 Versión 09/2020



## 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 Compa	añía dentro de	el plazo de qui	ince días	de ocurrido el
accidente.					
1. Datos del Asegurado:					
Nombre/s y Apellido/s:					
DNI:	Fecha de Nacimient	o: /	/		
Nacionalidad:					
Estado Civil: Soltero/a 🗌 Casado/a 🗍 Separado/a 🗍 Divorciado/a 🗍 Viudo/	/a 🗌 Unión Conviv	encial 🗌 Uni	ón Civil 🗌		
Dirección: Calle:					
Localidad: Province	cia:				
Tel.: 0 Cel.: Em	nail:				
2. Datos del Accidente:					
A. ¿Cuándo ocurrió el hecho? / a las: h.					
B. ¿Dónde ocurrió?					
Describa la forma en la que ocurrió el accidente:					
Describa la lesión:					
3. Datos del Médico consultado luego del accidente:					
Nombre/s y Apellido/s:					
Nacionalidad:					
Dirección: Calle:			-		
Localidad: Province 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 internacion	ón:				
Fecha de ingreso: / Hora: Fecha de ingreso:					
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 se 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			SORRE OF THE CORD

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.)

Firma del asegurado

Aclaración de la firma