

**DOCUMENTACION REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO
 ACCIDENTES PERSONALES**

COBERTURA: INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE

Formulario de Declaración de Incapacidad – declaración del contratante y el asegurado-.	
Formulario de Declaración de Incapacidad (informe medico).	
Copia del Dictamen de Comisión médica o Copia de Historia Clínica.	
Copia de los dos últimos recibos de sueldo a la fecha del accidente.	
Copia completa de la causa judicial del accidente, incluyendo resultados tóxicos y alcoholemia.	
Copia del documento del asegurado incapacitado.	

DECLARACION DE INCAPACIDAD Seguro de Vida Colectivo

PARTE 1°

1. Datos del Contratante

Póliza N° _____ Certificado N° _____ Capital Asegurado _____

Nombre/s _____ Apellido/s _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / _____. Empleado desde el ____ de ____ de ____

En qué cargo? _____

Fecha en que concurrió por última vez al empleo ____ / ____ / _____.
 Cuál era su sueldo mensual al producirse la incapacidad? _____. Fue la incapacidad debida a un accidente mientras estaba empleado? SI NO

Estuvo enfermo antes del comienzo de su incapacidad? En caso afirmativo, indicar causas y fechas _____

Observaciones _____

Observaciones _____

Observaciones _____

Observaciones _____

Fechado el día _____ de _____ de _____

Firma y sello del Contratante / Tomador

PARTE 2°

1. Datos del Asegurado

Nombre/s _____ Apellido/s _____

Dirección _____ Localidad _____ C.P. _____

Provincia _____ Edad ____ Sexo: Femenino Masculino Estado Civil _____

Nacionalidad _____ Teléfono _____

Naturaleza de la actual enfermedad o lesión _____

En qué fecha empezó su incapacidad total por esta enfermedad o lesión que le ha imposibilitado completamente para el trabajo? _____

Desde esa época, se ha empleado Usted en alguna ocupación o negocio? En caso afirmativo, por cuánto tiempo? Dar detalles _____

En qué fecha fue Usted atendido por primera vez por un médico? _____

Indique todos los Médicos que le asistieron desde el principio de esta incapacidad _____

Indique todos los Médicos que le asistieron desde el principio de esta incapacidad _____

Ha estado Usted recluso en su casa por esta enfermedad o lesión? En caso afirmativo, por cuánto tiempo? Dar detalles _____

Si no ha estado recluso en su casa, por qué está Usted incapacitado para trabajar? _____

Si no ha estado recluso en su casa, por qué está Usted incapacitado para trabajar? _____

Si su incapacidad se debe a un accidente conteste a las siguientes preguntas:

a) Trabajaba Usted cuando ocurrió el accidente? SI NO

b) Cuándo y dónde ocurrió el accidente? _____

c) Describa el accidente detalladamente _____

d) Está tramitando o le fue acordada su jubilación por incapacidad? En qué fecha? _____

Está tramitando o le fue acordada su jubilación por incapacidad? En qué fecha? _____

Fechado el día _____ de _____ de _____

Firma del Asegurado

DECLARACION DE INCAPACIDAD INFORME DEL MEDICO

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad.
Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas teniéndose en cuenta las indicaciones impresas al dorso.

1. Datos del Asegurado

Apellido/s _____ Nombre/s _____
 Domicilio _____ Teléfono _____
 Documento N°: L.E. - L.C. - C.I. - D.N.I. _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Estatura ____ mt. Peso ____ kg.

Estos datos deben ser completados por el Médico.

2. Datos sobre la enfermedad o accidente

1. Cuál es la naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la incapacidad del Asegurado? _____
2. En qué fecha ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad? ____ / ____ / ____
3. Cuáles fueron sus primeras manifestaciones y/o síntomas? _____
4. Qué exámenes se realizaron? _____
5. Cuál fue el tratamiento? _____
6. En qué fecha el Asegurado consultó al Médico por primera vez? ____ / ____ / ____
7. Dónde recibió atención médica por primera vez? Domicilio Consultorio Trabajo (Cruzar en el recuadro correspondiente)
8. En qué fecha recibió el Asegurado atención médica por última vez o se le practicó la última cura? ____ / ____ / ____
9. Cuántas veces o con qué frecuencia fue tratado durante ese período? _____
10. Por cuánto tiempo estuvo en reposo y/o permaneció en la casa? _____
11. Permanece aún en reposo y/o en casa? SI NO
12. De no guardar reposo; por qué no reanuda sus tareas, aunque sea parcialmente? _____
13. Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales? _____
14. Requiere el estado del Asegurado seguir tratamiento médico, guardar reposo o permanecer en casa? SI NO
15. En caso afirmativo, por qué causas? _____
16. Está el Asegurado en este momento TOTALMENTE INCAPACITADO para ejercer cualquier trabajo u ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad?
SI NO
17. En caso afirmativo, desde cuándo quedó imposibilitado? ____ / ____ / ____
18. Durante cuánto tiempo cree Usted que quedará incapacitado? _____
19. Si está parcialmente incapacitado, qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora Usted dicha incapacidad? (____ %) _____
20. Podría el Asegurado ser tratado adecuadamente si retorna parcialmente al trabajo? SI NO _____
21. En caso negativo, por qué motivos? _____
22. Está Usted convencido que la invalidez será TOTAL Y PERMANENTE de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa? SI NO
23. En caso afirmativo, por qué motivos? _____
24. En qué fecha concurrió el Asegurado a trabajar por última vez? ____ / ____ / ____
25. Sírvase indicar nombre y dirección de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado.

A. Doctor _____	D. Doctor _____
B. Domicilio _____	E. Domicilio _____
C. Teléfono _____	F. Teléfono _____

OBSERVACIONES GENERALES

Fechado en _____ el día _____ de _____ de _____

Firma del Médico

Nombre/s y Apellido/s del Médico

Domicilio y teléfono

Matrícula N°

Firma del Asegurado

Nombre/s y Apellido/s del Asegurado

Por la presente certifico que atendí al Asegurado como he declarado anteriormente y que a mi mejor conocimiento, información y creencia, las respuestas brindadas arriba son verdaderas y están completas. Asimismo, presto mi conformidad para que SMG LIFE Seguros de Vida S.A., pueda recabar información adicional en base a los datos aquí brindados.

PARA USO DE LA COMPAÑÍA - DICTAMEN

Dictamen Médico

Conclusiones

Porcentaje de la Incapacidad

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.
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 incapacidad hubiere sobrevenido a raíz de 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 para tal efecto en esta página.
En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse una copia para el Asegurador.