

DOCUMENTACION REQUERIDA EN CASO DE SINIESTRO
ACCIDENTES PERSONALES

COBERTURA: GASTOS MEDICOS A CONSECUENCIA DE ACC.

Formulario de denuncia de Gastos Médicos a Consecuencia de Accidentes – Declaración del asegurado y el medico-.	
Original de las facturas y recibos de gastos de asistencia medica.	
Original de ordenes de practicas (RX; Estudios; etc.).	
Original de órdenes (recetas) para compra de medicamentos.	
Tickets de farmacia, los que deberán indicar nombre del medicamento.	

**DENUNCIA DE GASTOS MEDICOS A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE
DECLARACION DEL ASEGURADO**

Póliza N° _____

PARA EVITAR DEMORAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE

**SECCION A
PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO**

Datos personales:

Nombre y Apellido: _____ Fecha de Nac. ____/____/____

Domicilio: _____

Ocupación _____ Tel. _____

Describe la lesión _____

El accidente

Cuando ocurrió? ____/____/____ a las _____ hs.

Donde ocurrió? _____

Como ocurrió? _____

Datos del PRIMER Médico consultado

Nombre y Apellido: _____

Domicilio: _____

Fecha de la primer consulta ____/____/____

Nombre de otros médicos que lo asisten por esta lesión _____

Estuvo hospitalizado por esta lesión? _____. En caso afirmativo indique:

Nombre del Sitio de Internación: _____

Fecha de Ingreso ____/____/____ Hora _____ Fecha de Egreso ____/____/____ Hora _____

Totalmente incapacitado: Desde _____ Hasta _____

Parcialmente incapacitado: Desde _____ Hasta _____

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Y las facturas adjuntas son verídicas y cabales. Doy mi consentimiento para que SMG LIFE Seguros de Vida S.A. pueda recabar cualquier información de cualquier médico y/o Clínicas y otras instituciones que alguna vez me hayan atendido y de cualquier Compañía de Seguros a la cual haya llegado propuesta alguna y por la presente autorizo la entrega de dicha información.

Fecha _____ Firma del asegurado _____

Adjunto por separado originales de facturas de gastos de clínica y de todos y cada uno de los profesionales que intervinieron en el caso.(Cirujano, Anestésista, Ayudante, Radiólogo, Laboratoristas, etc.)

SECCION B
PARA SER COMPLETADA POR EL MEDICO ASISTENTE

Nombre y Apellido del paciente: _____ Edad _____

De su diagnóstico completo _____

Si se practicó cirugía, describa la operación _____

¿Dónde se efectuó la operación? _____ Fecha ____ / ____ / ____

Honorarios por cirugía únicamente (exclúyanse los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.) _____

Indique todas las fechas en que atendió al paciente en el Hospital _____

_____ Total \$ _____

¿Ordenó Ud. la hospitalización? _____ Nombre del sitio de internación: _____

Internado desde el día ____ / ____ / ____ a las _____ y fue dado de alta el día ____ / ____ / ____ a las _____

¿Según su opinión cuando se originó la causa básica de esta lesión? _____

¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? _____

¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente totalmente incapacitado para efectuar toda y cada una de sus tareas?

Desde ____ / ____ / ____ Hasta ____ / ____ / ____

Obligaciones del paciente en su trabajo _____

Fecha

Firma del Médico y Sello

OBSERVACIONES
