

# Guía paso a paso

## Denuncia de Internación

Antes de comenzar, por favor leé esta guía y el formulario con detenimiento. Al completarlo, hazlo en letra clara, imprenta, mayúscula y con tinta oscura para facilitar su lectura.

### 1 Datos del asegurado

- Deben ser datos verdaderos y actualizados para que podamos ponernos en contacto ante cualquier consulta e inconveniente.

### 2 Datos del siniestro

- Es importante que en esta sección seas específico y des información verdadera sobre cuándo, cómo y dónde ocurrió el incidente para que podamos evaluar tu caso correctamente.
- El caso puede presentarse por email pero puede pedirse documentación original oportunamente.

#### 2 a Datos del siniestro

- Seleccionando la “Cobertura/Causa”, podrás ver qué documentación adicional obligatoria deberás presentar en cada caso.
  - Contratante: en caso de que la cobertura denunciada esté contratada por medio del empleador se requerirán los últimos tres recibos de haberes.

#### 2 b Ampliar detalles del siniestro:

- En este punto podrás explicar más precisamente lo ocurrido durante el incidente especificando causas, lugar y circunstancia

### 3 Liquidación del siniestro:

- Revisá que los datos detallados y los 22 números del CBU sean correctos para que podamos realizar el pago correspondiente sin ningún inconveniente. Es importante que completes el nombre y apellido del Titular de la cuenta informada y, de no ser el asegurado principal, presentar una nota autorizando el pago en cuentas de terceros firmadas por el asegurado.

### 4 Datos del establecimiento:

- Deben ser datos verdaderos y actualizados, completos y firmados por el establecimiento.

# Denuncia de internación

## 1. Datos del Asegurado

1.a. Apellido/s y Nombre/s \_\_\_\_\_ N° de Póliza \_\_\_\_\_

Contratante\* \_\_\_\_\_  DNI  LE  LC  CI  CE  Pas. N° \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Actividad laboral \_\_\_\_\_

CUIL  CUIT N° \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Declaración Jurada Persona Expuesta Políticamente

Habiendo tomado conocimiento de la nómina de Personas Expuestas Políticamente determinada por la Unidad de Información Financiera (ver formulario de Declaraciones UIF – PEP y Sujeto Obligado).

Declaro bajo juramento que  SI  NO (marcar la opción que corresponda) me encuentro incluido dentro de dicha nómina.

En caso de respuesta afirmativa, indicá el motivo: \_\_\_\_\_

1.b. Domicilio real: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_

Dpto. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

(\*) Definiciones en la guía del formulario.

## 2. Datos del Siniestro

2.a. Coberturas / Causa:

Internación por accidente

Internación por enfermedad

Documentación adicional obligatoria

Formulario completo

### 2.b. Completar en caso de internación por accidente:

¿Cuándo ocurrió el accidente? (fecha y hora) \_\_\_\_\_

Circunstancias del accidente y sus consecuencias: \_\_\_\_\_

¿Hubo intervención policial?  Sí  No Indique en qué comisaría: \_\_\_\_\_

¿Se instruyó sumario judicial?  Sí  No Juzgado interviniente: \_\_\_\_\_

¿Se le efectuó dosaje alcohólico y/o toxicológico?  Sí  No

### Completar en caso de internación por enfermedad:

Diagnóstico preciso de la enfermedad \_\_\_\_\_

Fecha del diagnóstico \_\_\_\_\_ ¿Estuvo internado por el mismo diagnóstico anteriormente?  Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Indique nombre y dirección de la institución \_\_\_\_\_

Nombre del médico que diagnosticó la enfermedad \_\_\_\_\_

Indique la dirección y tel. del mismo \_\_\_\_\_

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. pueda recabar cualquier información de cualquier médico que alguna vez me haya atendido y de cualquier compañía de seguros a la cual haya llegado propuesta alguna, y por el presente autorizo la entrega de dicha información.

Firme aquí

Lugar y fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Aclaración \_\_\_\_\_





## 4. Datos del Establecimiento

### Para ser completado por el establecimiento asistencial donde se efectuó la internación

Cualquier internación debe ser comunicada a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. dentro de los 5 (cinco) días corridos de haberse efectuado.

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

N° de Póliza \_\_\_\_\_ N° de Certificado \_\_\_\_\_

Nacido en \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Por medio de la presente informo que (apellido y nombre del paciente) \_\_\_\_\_

ha sido internado en (nombre del establecimiento asistencial y dirección) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ con motivo de (descripción de la enfermedad o lesión) \_\_\_\_\_

y ha sido dado de alta el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ hs.

### En caso de haber sido la internación en terapia intensiva detallar:

Desde el día \_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ hs.

Su médico asistente es el Doctor \_\_\_\_\_ desde el día \_\_\_\_\_

Firme aquí	Firma	Aclaración	Sello de la Institución de Internación
	Dirección y teléfono		Nombre del Asegurado principal
Presentada esta información en (lugar y fecha)		Aclaración de firma y cargo	

**Datos Personales.** Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).

Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por por favor comunicate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.

La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

