

Guía paso a paso

Denuncia de Gastos Médicos

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 Ampliar detalles del siniestro:

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

2 d 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.
- Definiciones técnicas:
 - Recibo de gastos médicos: deberá enviarse oportunamente el original.

3 Datos del primer médico consultado:

- Debe ser completa y firmada por el médico asistente con datos verdaderos y actualizados.

4 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.

5 Declaración del médico asistente:

- Debe ser completada y firmada por el médico asistente con datos verdaderos y actualizados.

Denuncia de Gastos Médicos

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. Ocurrencia del Siniestro: Fecha _____ Hora _____

2.b. Lugar del Siniestro (donde ocurrió):

Calle _____ N° _____ Piso _____ Dpto. _____
 Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____

2.c. ¿Qué y cómo sucedió? _____

2.d. Coberturas / Causa:

Documentación adicional obligatoria

<input type="checkbox"/> Gastos Médicos	<input type="checkbox"/> Formulario completo. <input type="checkbox"/> Recibos de gastos originales.* <input type="checkbox"/> Fotocopias de prescripciones médicas.
---	--

(*) Definiciones en la guía del formulario.

Firme aquí	Lugar y fecha _____	Firma y aclaración del Asegurado _____
-------------------	---------------------	--

Nombre y Apellido del paciente _____ DNI _____

3. Datos del primer médico consultado

Datos del Primer Médico Consultado

Nombre/s y Apellido/s _____ Domicilio _____

Localidad _____ C.P. _____ Provincia _____

Teléfonos _____ Fecha primera consulta ____/____/____ Nombre de otros médicos que lo asisten por esta lesión _____

¿Estuvo hospitalizado por esta lesión? Sí No

Nombre del hospital _____ Fecha de ingreso ____/____/____ Fecha de egreso ____/____/____

Totalmente incapacitado: desde _____ Hasta _____ Parcialmente incapacitado: desde _____ Hasta _____

Cualquier consulta por este servicio, por favor comuníquese al 0800 222 7500.

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.

4. Liquidación del Siniestro:

Autorizo a que en caso de que la resolución del siniestro por parte de la Compañía Aseguradora resulte favorable, el importe correspondiente a su liquidación sea acreditado en:

Titular de la cuenta _____

CUIL CUIT N° ____ - ____ - ____

CBU ____ - ____

Firme
aquí

Lugar y fecha

Firma y aclaración del Asegurado



5. Para ser completada por el Médico Asistente

Nombre y Apellido del paciente _____ DNI _____

Dé su diagnóstico completo _____

Si se practicó cirugía describa la operación _____

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

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

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

Total \$ _____ ¿Ordenó ud. la hospitalización? Sí No Nombre del hospital _____

Admitido el día (dd/mm/aaaa) _____ A las: _____ hs. AM PM

Salida el día (dd/mm/aaaa) _____ A las: _____ hs. AM PM

Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de la 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 _____

Observaciones:

Firme aquí	Sello y firma del médico asistente	Aclaración
	Lugar	Fecha
	Teléfono	Email

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.

