

Guía paso a paso

Denuncia de Enfermedades Graves

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 la enfermedad para que podamos evaluar tu caso correctamente.
- El caso puede presentarse por email pero puede pedirse documentación original oportunamente.

2 a Ampliar detalles del caso:

- En este punto podrás especificar causas y circunstancias de la enfermedad.

2 b 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:
 - Historia clínica: entregado por el establecimiento donde informa todo el historial de la afección.

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 Declaración del médico asistente:

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

Denuncia de enfermedades graves

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. Le rogamos indique cualquier detalle inclusive fechas en cuanto a la enfermedad grave que padece, los médicos y especialistas que fueron consultados, el tratamiento seguido y en caso de una hospitalización, el nombre del sitio donde tuvo lugar la internación.

Enfermedad _____

Detalles de cualquier consulta efectuada a la enfermedad que padece:

FECHAS	NOMBRE DEL HOSPITAL	TRATAMIENTO

Si posee ud. informes de un médico o del hospital en cuanto al tratamiento recibido en el caso de la enfermedad grave sufrida, le rogamos nos haga llegar una copia de los mismos.

2.b. Coberturas / Causa:

Enfermedad según cobertura contratada

Documentación adicional obligatoria

- Formulario completo.
- Documentación respaldatoria del Diagnóstico (estudios clínicos, radiológicos y laboratorio).
- Historia Clínica completa. (*)

(*) Definiciones en la guía del formulario.

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 y aclaración del Asegurado _____
------------	---------------------	--

4. Declaración del Médico Asistente

Nombre y Apellido _____ DNI _____

1. Naturaleza y relevancia de la enfermedad del reclamante _____

2. Fecha en la que el reclamante se dio cuenta de la enfermedad ____|____|____

3. ¿Cuándo fue ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad? ____|____|____

4. ¿Es ud. el médico habitual de cabecera del reclamante? _____

5. ¿A qué tratamiento se lo ha sometido y qué tipo de medicación recibe? _____

6. ¿Con qué frecuencia acude el reclamante a su consulta? _____

7. ¿Sabe de algún hallazgo en el historial previo del reclamante que pueda estar conectado con la enfermedad que padece?

8. ¿Qué limitaciones físicas y/o neurológicas tiene el reclamante en la actualidad? _____

9. En caso de enfermedades de corazón, le rogamos nos indique:

Historial de dolores torácicos _____

Nuevos cambios de ECG _____

Elevación de enzimas cardíacas _____

10. En el caso de cirugía arterio-coronaria, le rogamos indique detalles en cuanto a la intervención efectuada.

11. En el caso de derrame o hemorragia e infarto cerebrales, le rogamos indique detalles en cuanto a:

Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 24 horas _____

¿Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por fuente extracraneal? _____

Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual _____

12. En caso de cáncer, describa con detalle: _____

Sería de gran ayuda si ud. nos pudiera entregar informes del Hospital, valoración de ECD, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que pueda ud. tener.

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 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.

