

Guía paso a paso

Denuncia Incapacidad parcial permanente o pérdida parcial por accidente

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.

- Contratante: en caso de que la cobertura denunciada esté contratada por medio del empleador se requerirán los últimos tres recibos de haberes.

2 d Datos del siniestro

- Seleccionando la “Cobertura/Causa”, podrás ver qué documentación adicional obligatoria deberás presentar en cada caso.

- Certificado de alta médico: una vez que complete la rehabilitación y esté autorizado a reanudar actividades en el cual se deberá detallar la movilidad de la zona afectada medida en grado de ángulo para cada movimiento (flexión palmar/plantar según la zona afectada; flexión dorsal; desviación cubital y desviación radial).

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 Incapacidad parcial permanente o pérdida parcial por accidente

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? _____

Tareas que desempeña habitualmente _____

¿Son las que efectuaba en el momento del accidente? Sí No

Parte del aparato, máquina o útil que produjo la lesión _____

Parte del cuerpo lesionado _____

Lesión sufrida llagas contusiones desgarraduras cortaduras laceraciones fracturas conmociones

otro: _____

Nombre del médico o establecimiento sanitario que le prestó primeros auxilios _____

Es actualmente atendido por el Dr.: _____ | Prestándole asistencia médica en consultorio hospital sanatorio:
 otro: _____

¿Se instruyó denuncia policial? Sí No

2.d. Coberturas / Causa:

Documentación adicional obligatoria

<input type="checkbox"/> Incapacidad parcial o pérdidas parciales	<input type="checkbox"/> Formulario completo. <input type="checkbox"/> Denuncia policial (Detallando hora y lugar del hecho). <input type="checkbox"/> Certificado original de alta médica expedido por el médico tratante indicando detalles de las secuelas como consecuencia del accidente. (*)
---	--

(*) Definiciones en la guía del formulario.

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

4. Declaración del Médico Asistente

El Asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo, y remitirla a la Compañía dentro de los 15 días de ocurrido el accidente.

Nombre/s y Apellido/s del paciente _____ DNI _____

Actitud del miembro: Deformaciones Acortamiento Otros _____

Estado de la piel: Cicatrices adherentes o no Dolorosas o indoloras Úlceras de decubitos Fístulas Otros _____

Estado de los músculos (trofismo y tonicidad) _____

Palpación: Dolor Derrames articulares Hematomas Abscesos _____

Movilidad pasiva: (rigidez, anquilosis, especificando los grados de movimiento) _____

Movilidad activa: (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc. especificando los grados de movimiento) _____

Las lesiones que presenta el asegurado, ¿son definitivas o existen posibilidades de recuperación? _____

Fecha probable de alta médica _____

Describe las posibles secuelas _____

Otros datos complementarios _____

Se ruega al Sr. Médico Asistente indicar en el esquema el sitio de las lesiones



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 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.