

**SOLICITUD DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE**

**Seguro de Vida Colectivo**

De acuerdo con las Condiciones de póliza del Seguro de Vida Colectivo, solicito se me conceda la indemnización adicional por pérdidas anatómicas y/o funcionales que taxativamente se indican en la misma producida por accidente, a cuyo fin suministro los siguientes datos:

**Datos a Ser Completados por el Asegurado**

Apellido y Nombres (1): \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cod. postal) y teléfono: \_\_\_\_\_

D.N.I./L.E./L.C./(\*): \_\_\_\_\_ | C.I.: \_\_\_\_\_ | Edad: \_\_\_\_\_ | Sexo: F  M

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ | Nacionalidad: \_\_\_\_\_ | Estado civil: \_\_\_\_\_

Entidad/Delegación/Repartición (\*) donde prestó o presta servicios: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cod. postal): \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres del médico asistente: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cod. postal): \_\_\_\_\_

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que SMG LIFE Seguros de Vida SA solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

..... de ..... de .....

**Antecedentes a Ser Completados por el Tomador**

Dejamos expresa constancia que nos responsabilizamos de la exactitud de los datos que anteceden y los que se consignan a continuación, y que la firma o impresión digital del recuadro precedente corresponde al solicitante.

Denominación del tomador: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cod. postal) y teléfono: \_\_\_\_\_

**Datos de la póliza:**

Número: \_\_\_\_\_ | Certificado N°: \_\_\_\_\_ | Sucursal donde se contrató la póliza: \_\_\_\_\_

Capital asegurado a la fecha del accidente: \$ \_\_\_\_\_ | Cargo/Profesión del asegurado (\*): \_\_\_\_\_

Al servicio activo desde: \_\_\_\_\_ | Le corresponden haberes hasta: \_\_\_\_\_

Ultimo día que concurrió al trabajo: \_\_\_\_\_ | Ultimo sueldo de \$..... que percibía desde: \_\_\_\_\_

Abonó primas hasta: \_\_\_\_\_ | Fecha de ingreso al seguro: \_\_\_\_\_

Es zurdo: SI  NO

Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y los motivos (en el caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente)

Observaciones: \_\_\_\_\_

..... de ..... de .....

(1) Si existieran diferencias de nombres del asegurado con los que figuran en la Entidad o Certificado Individual, deberá constar en "Observaciones" que los nombres corresponden a una misma persona.  
 (2) Si no supiera firmar o se hallare impedido de hacerlo, el solicitante  
 (\*) Tachar lo que no corresponde

**INFORME DEL MEDICO ASISTENTE SOBRE LA INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO**

Seguro de Vida Colectivo

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra, en forma completa sin omitir ninguna respuesta, por el médico que asistió o asiste al asegurado con motivo de la incapacidad denunciada.

**Datos del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Fecha de ocurrencia del accidente: ...../...../..... \_\_\_\_\_

Descripción de la forma en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lesión principal derivada del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicar si la lesión principal fue aiena a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa del

SI  NO

Otras lesiones y secuelas derivadas del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.): \_\_\_\_\_

a)- \_\_\_\_\_

b)- \_\_\_\_\_

c)- \_\_\_\_\_

Indicar si las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa

Accidente  SI  NO

Evolución de las lesiones y \_\_\_\_\_ FAVORABLE  DESFAVORABLE

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicar el porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas funcionales o amputaciones producidas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estudios y análisis realizados que confirman las lesiones y secuelas (detallar y adjuntar): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicar si el asegurado padecía alguna afección anterior y ajena al accidente: \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_ SI  NO

Hipertensión: \_\_\_\_\_ SI  NO

Reumatismo: \_\_\_\_\_ SI  NO

Obesidad: \_\_\_\_\_ SI  NO

Gota: \_\_\_\_\_ SI  NO

Adicciones: \_\_\_\_\_ SI  NO

Otras (detallar) \_\_\_\_\_ SI  NO

Examen físico:

Auscultación cardiaca normal: \_\_\_\_\_ SI  NO  Reflejos osteotendinosos \_\_\_\_\_ SI  NO

Auscultación pulmonar normal: \_\_\_\_\_ SI  NO  Várices: \_\_\_\_\_ SI  NO

Hepatomegalia: \_\_\_\_\_ SI  NO  Tensión arterial: \_\_\_\_\_ Max: ..... Min: .....

Psiquismo: \_\_\_\_\_ NORMAL ALTERADO

Descripción de anomalías detectadas:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Carácter de la invalidez \_\_\_\_\_ PERMANENTE  TRANSITORIA

**Datos del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente - Continuación**

El accidente se originó en alguna/s de la/s siguiente/s causales:

Intento de suicidio: \_\_\_\_\_ SI  NO  Estado de ebriedad: \_\_\_\_\_ SI  NO

Influencia de drogas: \_\_\_\_\_ SI  NO  Culpa grave: \_\_\_\_\_ SI  NO

Otras (detallar): \_\_\_\_\_ SI  NO

Observaciones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las patologías denunciadas son las únicas de existencia actual que generan la incapacidad, no detectándose otra afección mediante el examen clínico/físico y los estudios complementarios que se adjuntan.

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

**Datos del Médico Asistente**

Apellido y Nombres: \_\_\_\_\_

Matrícula N°: \_\_\_\_\_ | Nacional  | Provincial \_\_\_\_\_ | Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso departamento, localidad, provincia, cod. postal):  
\_\_\_\_\_

..... de ..... de | .....