

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

Seguro de Vida Colectivo

De acuerdo con las Condiciones de póliza del Seguro de Vida Colectivo y por hallarme impedido para ejercer cualquier ocupación remunerada solicito se me conceda el beneficio de incapacidad total y permanente, 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): \_\_\_\_\_

Declaro formalmente que a la fecha, no desempeño ninguna actividad remunerada y en caso de volver a hacerlo, me comprometo a comunicarlo en forma fehaciente a SMG LIFE Seguros de Vida SA

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que SMG LIFE Seguros de Vida SA solicite, se suspenden los plazos previstos en la Ley de Seguros Nº17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio. Deberé acompañar a la presente indefectiblemente, fotocopia de la Historia Clínica y de los estudios complementarios. SMG LIFE Seguros de Vida SA no aceptará denuncias posteriores de patologías no indicadas en este acto.

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración o Impresión Digital (2)

**Datos 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 Nº: \_\_\_\_\_ Suc. donde se contrató la póliza: \_\_\_\_\_

Ultimo capital por el que se descontó primas: \$ \_\_\_\_\_ 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: ...../...../.....

Fecha del cese laboral: ...../...../..... Causa del cese laboral: \_\_\_\_\_

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:**

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(1) Si existieran diferencias de nombres 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 estampará su impresión digital.

\*) Tachar lo que no corresponda



## INFORME DEL MEDICO ASISTENTE DEL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL

### Datos del Asegurado a Ser completados por el Médico Asistente

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

Tipo y N° de Documento: Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Características y Recomendaciones

El diagnóstico consignado en el presente formulario tiene la calidad de Certificado Médico y ha sido solicitado por el asegurado. El Médico Asistente debe completar un formulario por cada diagnóstico del cual tenga certeza, en forma manuscrita y con letra legible (de imprenta y mayúscula).

El profesional que certifique el diagnóstico no debe omitir ninguna de las respuestas requeridas, todas referidas al momento de extenderse el presente informe y consignará las siguientes leyendas en los lugares indicados: **Si desconoce fecha de inicio de la enfermedad consignará “desconocida”;** **si no realizó examen físico consignará “no realizado” en Observación (1), si no efectuó estudios complementarios consignará “ninguno” en Observación (2), si no recibe medicación consignará “ninguna” en Observación (3).**

Además se deberán acompañar las copias de los análisis y estudios complementarios que se hayan realizado

#### Diagnóstico

Denominación del diagnóstico de Certeza \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_\_

#### Examen Físico

Se realizó examen \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Observación (1) \_\_\_\_\_ :

Semiología objetiva (signos patológicos) correspondiente a este diagnóstico y constatada por el profesional: \_\_\_\_\_

#### Análisis y Estudios Complementarios Confirmatorios de este Diagnóstico

Se realizaron análisis y estudios \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Observación (2) \_\_\_\_\_ :

ESTUDIO	Fecha del Informe	Matrícula del Profesional informante	Adjunta copia del informe?
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Visto del Médico Diagnosticante

**Tratamiento recibido por este diagnóstico**

Recibe tratamiento \_\_\_\_\_ Desde (Fecha) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ No recibe tratamiento \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento \_\_\_\_\_

Institución o profesional tratante \_\_\_\_\_

**Historia Clínica**

Adjunta Historia Clínica \_\_\_\_\_ No adjunta Historia Clínica \_\_\_\_\_ No existe Historia Clínica \_\_\_\_\_

**Medicación recibida por este diagnóstico**

Recibe Medicación \_\_\_\_\_ Observación (3): \_\_\_\_\_

Nombre Farmacológico de la droga	Dosis diaria
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

**Datos del médico diagnosticante y Certificación del Diagnóstico**

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

N° de Matrícula \_\_\_\_\_ Jurisdicción de la Matrícula \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

**Certifico haber arribado al presente diagnóstico de certeza y tomo conocimiento de que cualquier falsedad o tergiversación en que pudiese incurrir se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal de la República Argentina.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración Manuscrita

\_\_\_\_\_  
Sello profesional

**Datos Personales del Asegurado**

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

Tipo y N° de Documento: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_