

# Guía paso a paso

## Denuncia de Trasplante

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 actualizada y verdadera para que podamos evaluar tu caso correctamente.
- El caso puede presentarse por email pero puede pedirse documentación original oportunamente.

#### 2 a Ampliar detalles de la enfermedad

- En este punto podrás dar detalles de la enfermedad y sus circunstancias.

#### 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.  
- INCUCAI: inscripto en la lista del INCUCAI para ser transplantado.

### 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 trasplante

## 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.

Transplantes \_\_\_\_\_

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:

### Documentación adicional obligatoria

Trasplante

- Formulario completo.
- Comprobación médica fehaciente del trasplante de órganos (una vez producido).
- Historia Clínica.\*
- Nota del INCUCAI.\*

(\*) Definiciones en la guía del formulario.

### COMPLETAR EN CASO DE INTERNACIÓN POR ACCIDENTE:

¿Cuándo ocurrió el accidente? (fecha y hora) \_\_\_\_\_

Circunstancias del accidente y sus consecuencias: \_\_\_\_\_

¿Hubo intervención policial?  Sí  No Indique en qué comisaría: \_\_\_\_\_

¿Se instruyó sumario judicial?  Sí  No Juzgado interviniente: \_\_\_\_\_

¿Se le efectuó dosaje alcohólico y/o toxicológico?  Sí  No

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.

<b>Firme aquí</b>	Lugar y fecha _____	Firma _____	Aclaración _____
-------------------	---------------------	-------------	------------------



## 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	Lugar	Fecha
	Nombre y apellido del médico asistente	Sello y firma del médico asistente
	Especialidad	Domicilio

**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.