

**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, cód. 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, cód. postal)

Apellido y Nombres del médico asistente

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. 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 La Caja.

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, se suspenden los plazos previstos en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio. Deberé acompañar a la presente indefectiblemente, fotocopia de la Historia Clínica y de los estudios complementarios. La Caja no aceptará denuncias posteriores de patologías no indicadas en este acto.

Lugar y Fecha | Firma y Aclaración o Impresión Digital (2)

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, cód. postal) y teléfono

Datos de la póliza

Número | Certificado N° | 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

CAJA DE SEGUROS S.A.

Informe del Médico Asistente del Asegurado por Incapacidad Total

Datos Personales del Asegurado

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 informe	
1 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Visto del Médico Diagnosticante _____

Tratamiento recibido para este diagnóstico

Recibe tratamiento <input type="checkbox"/>	Desde (Fecha) _____	No recibe tratamiento <input type="checkbox"/>
---	---------------------	--

Tipo de tratamiento _____

Institución o profesional tratante _____
--

Historia Clínica

Adjunta Historia Clínica <input type="checkbox"/>	No adjunta Historia Clínica <input type="checkbox"/>	No existe Historia Clínica <input type="checkbox"/>
---	--	---

Medicación recibida por este diagnóstico

Recibe Medicación <input type="checkbox"/>	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 _____

Nº 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 Nº de Documento _____	Fecha de Nacimiento _____
------------------------------	---------------------------