

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, 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):

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

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°: | 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:

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(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

CAJA DE SEGUROS S.A.

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

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 ajena a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa del accidente:

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 del

Accidente: SI NO

Evolución de las lesiones y secuelas: 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 cardíaca normal: SI NO

Reflejos osteotendinosos normales: SI NO

Auscultación pulmonar normal: SI NO

Várices: SI NO

Hepatomegalia: SI NO

Tensión arterial: Max: Min:

Psiquismo: NORMAL ALTERADO

Descripción de anomalías detectadas: _____

Datos del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente – continuación -

Carácter de la incapacidad: PERMANENTE TRANSITORIA

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, cód. postal): _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico Asistente