

DENUNCIA DE SINIESTRO POR ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVOS

Comunicamos a Uds. el acaecimiento del accidente del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándome de la exactitud de los mismos.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

D.N.I./L.C./L.E.: _____ C.I.: _____ Estado Civil: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____ Sexo: F M Es Zurdo: SI NO

Nacionalidad: _____ Teléfono: _____ Profesión: _____

Detalles del Siniestro

Descripción del accidente: _____

Lugar de Ocurrencia: _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Lesión principal, secundarias y secuelas derivada del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.): _____

Datos de la Póliza

Número: _____ Certificado N°: _____ Ramo: _____

Contratante del seguro: _____ Capital asegurado: \$ _____

Antecedentes del Asegurado

Fecha de ingreso al seguro: ____ / ____ / ____ N° de legajo: _____

Fecha de fallecimiento: ____ / ____ / ____ Fecha del accidente: ____ / ____ / ____

Datos de los Beneficiarios

Apellido y Nombres (**)	Parentesco	Doc. de Identidad (tipo y N°)	Fecha de Nacimiento
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____

(**) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, pcia, cód. postal) y teléfono _____ Firma o impresión digital de los beneficiarios (3)

a)- _____

b)- _____

c)- _____

Observaciones: _____

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 Sello Aclaratorio del Tomador

CAJA DE SEGUROS S.A.
INFORME DEL MEDICO ASISTENTE

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.

El médico asistente sólo certificará diagnósticos de certeza, no admitiéndose diagnósticos presuntivos.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres:

D.N.I./L.E./L.C.: C.I.: Edad: Sexo: F M

Informe del Siniestro

Lugar de ocurrencia del accidente: Fecha del accidente: / / Hora:

Descripción de la forma en que ocurrió el accidente:

Lesión principal derivada del accidente:

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

Evolución de las lesiones y secuelas: Favorable Desfavorable

Indicar porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas anatómicas y/o funcionales producidas:

Estudios y análisis realizados que confirman las lesiones y secuelas sufridas por el asegurado (detallar y adjuntar):

Indicar si las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del asegurado y derivaron del accidente: SI - NO

Carácter de la incapacidad: Permanente Transitoria

Factores de Probable vinculación con el Accidente

Intento de suicidio: SI NO Culpa grave: SI NO Estado de ebriedad SI NO Influencia de drogas: SI NO

Examen Físico

Auscultación cardíaca normal: SI Tensión arterial :Max: Min: Várices: SI NO

Auscultación pulmonar normal: SI Hepatomegalia: SI Es zurdo?: SI NO

Reflejos osteotendinosos normales: SI Psiquismo: Normal - Alterado

Antecedentes de Afecciones Ajenas y Anteriores al Accidente

Diabetes: SI NO Reumatismo: SI NO Hipertensión: SI NO Obesidad: SI NO

Gota: SI NO Adicciones: SI NO Otras (Detallar)

Observaciones

Las patologías denunciadas son las únicas de existencia actual que generan la incapacidad, no detectándose otra afección mediante el examen clínico 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

Apellido y Nombres:

Matrícula N°: Nacional Provincial Teléfono:

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, código postal):

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico