



Comunicamos a Uds. la internación del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación.

#### Datos del Asegurado

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

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

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

Fecha de nacimiento: / / \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Profesión/Actividad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

#### 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	Tipo y N° Doc. Identidad (*)	Nacimiento
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____

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

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, provincia, código postal) \_\_\_\_\_

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

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

a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_

Firma o impresión digital del Beneficiario Firma o impresión digital del Beneficiario Firma o impresión digital del Beneficiario

#### Datos Reservados para Ser Completados por La Caja

Fecha de internación: / / \_\_\_\_\_ Fecha de alta: / / \_\_\_\_\_ Cantidad de días de internación: \_\_\_\_\_

**CAJA DE SEGUROS S.A.**  
INFORME DEL MEDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado de **puño y letra** por el médico que asiste al asegurado y determinó la internación del mismo.

**Datos del Asegurado**

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

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

**Datos del Establecimiento Asistencial en el que fue Internado el Asegurado**

Denominación del Establecimiento Asistencial: \_\_\_\_\_

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

Teléfonos/Fax: \_\_\_\_\_

**Datos de la Internación del Asegurado**

Referencias de la internación (motivos y consecuencias del accidente sufrido por el asegurado):

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ | Fecha del alta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Desde	Hasta	Observaciones relevantes
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Puede el asegurado movilizarse por sus propios medios?: SI  NO

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

\_\_\_\_\_  
Sello del Establecimiento Asistencial