

**DENUNCIA DE SINIESTRO POR ENFERMEDAD TERMINAL**

Comunicamos a Uds. la solicitud de Enfermedad Terminal del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

**Datos del Asegurado a Ser Completados por el Tomador**

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

Domicilio (calle, n°mero, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): \_\_\_\_\_

D.N.I./L.E./L.C./I(\*): \_\_\_\_\_

C.I.: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: F  M 

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Denominación o Razón Social del Tomador: \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono del Tomador: \_\_\_\_\_

Datos de la póliza: \_\_\_\_\_

Número: \_\_\_\_\_

Certificado N°: \_\_\_\_\_

Obra Social/Medicina Prepaga: \_\_\_\_\_

N° de afiliado: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

kg. \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_

mts. \_\_\_\_\_

**Antecedentes a ser Completados por el Tomador**

Al servicio activo desde: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Le corresponden haberes hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Ultimo día que concurrió al trabajo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de ingreso al seguro: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Abonó primas hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Siniestro N°: \_\_\_\_\_

El asegurado presentó denuncia por Incapacidad Total: SI  NO **Datos del Médico de Cabecera**

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

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

Teléfonos/Fax: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Institución que diagnosticó la enfermedad**

Denominación: \_\_\_\_\_

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

Teléfonos/Fax: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, regir-n 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

(\*) Tachar lo que no corresponda

INFORME DEL MEDICO TRATANTE

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra por el médico que asiste al asegurado en su dolencia/enfermedad (se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas):

**Datos del Asegurado**

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

Fecha de inicio de los síntomas:        /        /        | Fecha de la primer consulta:        /        /

Fecha del diagnóstico:        /        /

Antecedentes patológicos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estadificación (completar únicamente en caso que el diagnóstico sea cáncer): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Exámenes que confirman el diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Expectativa de vida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras enfermedades concomitantes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su falsificación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

**Datos del Médico Tratante**

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

Matrícula N°:        | Nacional        Provincial        | Teléfono:       

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio del Médico Tratante

**RECUERDE QUE DEBE ADJUNTAR HISTORIA CLINICA COMPLETA EN TODOS LOS CASOS Y TODOS LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EFECTUADOS**

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma o Impresión digital del Asegurado