

CAJA DE SEGUROS S.A.
DENUNCIA DE SINIESTRO PARA RENTA DIARIA
POR INTERNACION A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO



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