

SOLICITUD DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE - SEGURO DE VIDA COLECTIVO
POLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A.
Y LA CAJA DE SEGUROS S.A.(COMPAÑIA PILOTO)

De acuerdo con las Condiciones de póliza del Seguro de Vida Colectivo y por hallarme impedido para ejercer cualquier ocupación remunerada solicito se me conceda el beneficio de incapacidad total y permanente, 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) _____

Declaro formalmente que a la fecha, no desempeño ninguna actividad remunerada y en caso de volver a hacerlo, me comprometo a comunicarlo en forma fehaciente a La Caja.

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite como Compañía Piloto, se suspenden los plazos previstos en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio. Deberé acompañar a la presente indefectiblemente, fotocopia de la Historia Clínica y de los estudios complementarios. La Caja no aceptará denuncias posteriores de patologías no indicadas en este acto.

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° _____ | Suc. donde se contrató la póliza _____ |
| Ultimo capital por el que se descontó primas \$ _____ | Cargo/Profesión(*) del asegurado _____ | |
| Al servicio activo desde / / _____ | Le corresponden haberes hasta / / _____ | |
| Ultimo día que concurrí al trabajo / / _____ | Ultimo sueldo de \$..... que percibía desde / / _____ | |
| Abonó primas hasta / / _____ | Fecha de ingreso al seguro / / _____ | |
| Fecha del cese laboral / / _____ | Causa del cese laboral _____ | |

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 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 estampará su impresión digital.

(*) Tachar lo que no corresponda

CAJA DE SEGUROS S.A. (COMPAÑIA PILOTO)
Informe del Médico Asistente del Asegurado por Incapacidad Total

Datos Personales del Asegurado

Apellido y Nombres _____

Tipo y N° de Documento _____

Fecha de Nacimiento _____

Características y Recomendaciones

El diagnóstico consignado en el presente formulario tiene la calidad de Certificado Médico y ha sido solicitado por el asegurado. El Médico Asistente debe completar un formulario por cada diagnóstico del cual tenga certeza, en forma manuscrita y con letra legible (de imprenta y mayúscula).

El profesional que certifique el diagnóstico no debe omitir ninguna de las respuestas requeridas, todas referidas al momento de extenderse el presente informe y consignará la s siguientes leyendas en los lugares indicados: Si desconoce fecha de inicio de la enfermedad consignará "desconocida"; si no realizó exámen físico consignará "no realizado" en Observación (1), si no efectuó estudios complementarios consignará "ninguno" en Observación (2), si no recibe medicación consignará "ninguna" en Observación (3).

Además se deberán acompañar las copias de los análisis y estudios complementarios que se hayan realizado

Diagnóstico

Denominación del diagnóstico de Certeza _____

Fecha de inicio de la enfermedad _____

Examen Físico

Se realizó examen _____

Fecha _____

Observación (1) _____

Semiología objetiva (signos patológicos) correspondiente a este diagnóstico y constatada por el profesional _____

Análisis y Estudios Complementarios Confirmatorios de este Diagnóstico

Se realizaron análisis y estudios _____

Fecha _____

Observación (2) _____

| Estudio | Fecha del informe | Matrícula del profesional informante | Adjunta copia informe | |
|----------|-------------------|--------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10 _____ | _____ | _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Visto del Médico Diagnosticante _____

Tratamiento recibido para este diagnóstico

Recibe tratamiento Desde (Fecha) _____ No recibe tratamiento

Tipo de tratamiento _____

Institución o profesional tratante _____

Historia Clínica

Adjunta Historia Clínica No adjunta Historia Clínica No existe Historia Clínica

Medicación recibida por este diagnóstico

Recibe Medicación Observación (3) _____

| Nombre Farmacológico de la droga | Dosis Diaria |
|----------------------------------|--------------|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| 4 | |
| 5 | |
| 6 | |
| 7 | |
| 8 | |
| 9 | |
| 10 | |

Datos del médico diagnosticante y Certificación del Diagnóstico

Apellido y Nombres _____

N° de Matrícula _____ Jurisdicción de la Matrícula _____ Fecha _____

Domicilio _____ Localidad _____

Certifico haber arribado al presente diagnóstico de certeza y tomo conocimiento de que cualquier falsedad o tergiversación en que pudiese incurrir se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal de la República Argentina.

Firma _____ Aclaración Manuscrita _____ Sello Profesional _____

Datos Personales del Asegurado

Apellido y Nombres _____

Tipo y N° de Documento _____ Fecha de Nacimiento _____