

SOLICITUD DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD PARCIAL 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, solicito se me conceda la indemnización adicional por pérdidas anatómicas y/o funcionales que taxativamente se indican en la misma producida por accidente, 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): _____

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite como Compañía Piloto, 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 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°: _____ | Sucursal donde se contrató la póliza: _____

Capital asegurado a la fecha del accidente: \$ _____ | Cargo/Profesión del asegurado (*): _____

Al servicio activo desde:/...../..... | Le corresponden haberes hasta:/...../.....

Ultimo día que concurrió al trabajo:/...../..... | Ultimo sueldo de \$..... que percibía desde:/...../.....

Abonó primas hasta:/...../..... | Fecha de ingreso al seguro:/...../.....

Es zurdo: SI NO

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 del asegurado 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

(*) Tachar lo que no corresponde

CAJA DE SEGUROS S.A. (COMPAÑIA PILOTO)

INFORME DEL MEDICO ASISTENTE SOBRE LA INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

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.

Datos del Asegurado a ser Completados por el Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Fecha de ocurrencia del accidente:/...../.....

Descripción de la forma en que ocurrió el accidente: _____

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

Indicar si la lesión principal fue ajena a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa del accidente:

SI NO

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

a)- _____

b)- _____

c)- _____

Indicar si las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa del

Accidente: SI NO

Evolución de las lesiones y secuelas: FAVORABLE DESFAVORABLE

Observaciones: _____

Indicar el porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas funcionales o amputaciones producidas: _____

Estudios y análisis realizados que confirman las lesiones y secuelas (detallar y adjuntar): _____

Indicar si el asegurado padecía alguna afección anterior y ajena al accidente: _____

Diabetes: SI NO

Hipertensión: SI NO

Reumatismo: SI NO

Obesidad: SI NO

Gota: SI NO

Adicciones: SI NO

Otras (detallar) SI NO

Examen físico :

Auscultación cardíaca normal: SI NO

Reflejos osteotendinosos normales: SI NO

Auscultación pulmonar normal: SI NO

Várices: SI NO

Hepatomegalia: SI NO

Tensión arterial: Max: Min:

Psiquismo: NORMAL ALTERADO

Descripción de anomalías detectadas: _____

Datos del Asegurado a Ser Completados por el Médico Asistente – continuación -

Carácter de la incapacidad: PERMANENTE TRANSITORIA

El accidente se originó en alguna/s de la/s siguiente/s causales:

Intento de suicidio SI NO

Estado de ebriedad: SI NO

Influencia de drogas: SI NO

Culpa grave: SI NO

Otras (detallar) SI NO

Observaciones:

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

Apellido y Nombres:

Matrícula N°: Nacional Provincial Teléfono:

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

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico Asistente