

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

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