

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 La Caja como compañía piloto solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N° 17.418, pudiendo prescribir 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. (Compañía Piloto)

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