

DENUNCIA DE SINIESTRO-SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES
POLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A
Y CAJA DE SEGUROS S.A (COMPAÑIA PILOTO)

Comunicamos a Uds. el acaecimiento del accidente del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____
 Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____
 D.N.I./L.E./L.C./(*): _____ C.I.: _____ Estado civil: _____
 Fecha de nacimiento: / / Edad: _____ Sexo: F M Es zurdo? SI NO
 Nacionalidad: _____ Teléfono: _____ Profesión: _____

Detalles del Siniestro

Descripción del accidente: _____
 Lugar de ocurrencia _____ Fecha: / / Hora: _____
 Lesión principal, secundarias y secuelas derivadas del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.): _____

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	Doc. de Identidad (tipo y N°)	Fecha de Nacimiento
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____

(**) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, provincia, cód. postal) y teléfono Firma o impresión digital de los beneficiarios
 a) _____
 b) _____
 c) _____

Observaciones _____

Por este medio el/los beneficiario/s se notifica/n que hasta tanto no se cumplimenten los requisitos que La Caja solicite como Compañía Piloto, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

 Lugar y Fecha Firma y Sello Aclaratorio del Tomador
 (*) Tachar lo que no corresponda

CAJA DE SEGUROS S.A. (COMPAÑIA PILOTO)
INFORME DEL MEDICO ASISTENTE

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.

El médico asistente sólo certificará diagnósticos de certeza, no admitiéndose diagnósticos presuntivos.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

D.N.I./L.E./L.C.: _____ C.I.: _____ Edad: _____ Sexo: F M

Informe del Siniestro

Lugar de ocurrencia del accidente: _____ Fecha del accidente: ____ / ____ / ____ Hora: _____

Descripción de la forma en que ocurrió el accidente: _____

Lesión principal derivada del accidente: _____

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

Evolución de las lesiones y secuelas: _____ Favorable Desfavorable

Indicar porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas anatómicas y/o funcionales producidas: _____

Estudios y análisis realizados que confirman las lesiones y secuelas sufridas por el asegurado (detallar y adjuntar): _____

Indicar si las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del asegurado y derivaron del accidente: SI NO

Carácter de la incapacidad: Permanente Transitoria

Factores de probable vinculación con el Accidente _____

Intento de suicidio: SI NO Culpa grave: SI NO Estado de ebriedad: SI NO Influencia de drogas: SI NO

Examen Físico

Auscultación cardíaca normal: SI

Auscultación pulmonar normal: SI

Reflejos osteotendinosos normales: SI

Antecedentes de Afecciones Ajenas y Anteriores al Accidente

Diabetes: SI NO

Gota: SI NO

Observaciones _____

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

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