

SOLICITUD DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE  
SEGURO DE VIDA COLECTIVO

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, 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 periodos 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.

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