

DENUNCIA DE SINIESTRO PARA RENTA DIARIA
POR INTERNACION A CONSECUENCIA DE ACCIDENTE

Comunicamos a Uds. la internación del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación.

Datos 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: _____ | Ocupación: _____ | Teléfono: _____

Reviste carácter del titular del Seguro: SI NO

Tratándose de integrantes del grupo familiar deberá informar el parentesco correspondiente: _____

Datos de la póliza: _____

Número: _____ | Certificado del titular N°: _____

Antecedentes a ser Completados por el Tomador

Al servicio activo desde: _____ / ____ / ____ | Fecha de ingreso al seguro: _____ / ____ / ____

Fecha del accidente: _____ / ____ / ____ | Abonó primas hasta: _____ / ____ / ____

Datos del Tomador

Denominación de la razón social: _____

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

Teléfonos/Fax: _____

Certificamos los datos arriba mencionados, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

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 o Impresión Digital del Asegurado

Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(*) Tachar lo que no corresponda

CAJA DE SEGUROS S.A.

INFORME DEL MEDICO ASISTENTE CORRESPONDIENTE A LA INTERNACION

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 a Ser Completados por el Médico Asistente

Establecimiento asistencial en el que se encuentra internado el asegurado:

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

Teléfonos/Fax:

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 Tratante

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

Sello del Establecimiento Asistencial

Datos Reservados para Ser Completados por La Caja

Fecha de internación: Fecha de alta:

Cantidad de días de internación: Cantidad de días de carencia:

Neto de cobertura: