

DENUNCIA DE SINIESTRO POR ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVOS

Comunicamos a Uds. el acaecimiento del accidente del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándome 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.C./L.E.:	C.I.:	Estado Civil:
Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Es Zurdo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nacionalidad:	Teléfono:	Profesión:

Detalles del Siniestro

Descripción del accidente:		
Lugar de Ocurrencia:	Fecha: / /	Hora:
Lesión principal, secundarias y secuelas derivada 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, pcia, cód. postal) y teléfono	Firma o impresión digital de los beneficiarios (3)
a)-	
b)-	
c)-	

Observaciones:

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 Sello Aclaratorio del Tomador
---------------	---------------------------------------

CAJA DE SEGUROS S.A.
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 _____ | Tensión arterial :Max: _____ Min: _____ | Várices: SI NO

Auscultación pulmonar normal: SI _____ | Hepatomegalia: SI | Es zurdo?: SI NO

Reflejos osteotendinosos normales: SI _____ | Psiquismo: Normal - Alterado

Antecedentes de Afecciones Ajenas y Anteriores al Accidente

Diabetes: SI NO | Reumatismo: SI NO | Hipertensión: SI NO | Obesidad: SI NO

Gota: SI NO | Adicciones: SI NO | Otras (Detallar) _____

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