

**SOLICITUD DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE
-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: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____
Localidad: _____ Provincia: _____
Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____ Nacionalidad: _____ Edad: _____
DNI: _____ Estado Civil: _____
Teléfono Celular: _____ E-mail: _____

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.

Asimismo, presto conformidad para que toda comunicación relacionada con el siniestro que denuncio por el presente (pedidos de información y/o documentación complementaria, suspensión del plazo para pronunciarse sobre el siniestro, rechazos o cualquier otra) sea efectuada por medios electrónicos a la dirección de correo declarada o la que la reemplace y/o a través de SMS.

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.

Póliza N°: _____ Certificado N°: _____
Al servicio activo desde: ____ / ____ / ____ Le corresponden haberes hasta: ____ / ____ / ____
Último día que concurrió al trabajo: ____ / ____ / ____ Último sueldo de: _____
Que percibía desde: ____ / ____ / ____ \$ Abonó primas hasta: ____ / ____ / ____
Fecha de ingreso al seguro: ____ / ____ / ____ Es zurdo: ☐ SI ☐ NO

Indicar los períodos de licencias tomadas 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 hallara impedido de hacerlo, el Solicitante.

INFORME DEL MÉDICO ASISTENTE SOBRE LA INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO

Este cuestionario debe ser completado 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.): _____

La lesión principal fue ajena a la voluntad del Asegurado y se produjo por acción directa del accidente: ☐ SI ☐ NO

Otras lesiones y secuelas derivada del Accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.): _____

A)

B)

C)

Las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del Asegurado y se produjo por 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 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 Gota ☐ SI ☐ NO

Reumatismo ☐ SI ☐ NO Obesidad ☐ 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: _____

Carácter de la incapacidad ☐ Permanente ☐ Transitoria El accidente se originó por 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 y los estudios complementarios que se adjuntan.
El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los art. 295 y 296 del Código Penal Argentino.

Datos del Médico

Apellido y Nombres: _____

Matrícula N°: _____ ☐ Nacional ☐ Provincial Domicilio: _____

N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico Asistente