

DENUNCIA DE SINIESTRO POR TRASPLANTE DE ORGANO

Comunicamos a Uds. la solicitud de Trasplante de Organo del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

Datos a Ser Completados por el Tomador

Apellido y Nombres (1):									
Domicilio:		N°:		Piso:		Dto:		C.P.:	
Localidad:		Provincia:							
Fecha de Nac.:	/	/	Nacionalidad:				Edad:		
DNI:				Estado Civil:					
Teléfono Celular:				E-mail:					
Obra Social/Medicina Prepaga (*):									
N° de afiliado:			Peso:	kg.		Estatura:	mts.		
Trasplante de órgano solicitado:									

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 arriba declarada o la que la reemplace y/o a través de SMS.

Lugar y Fecha	Firma y Aclaración o Impresión Digital del Asegurado

Antecedentes a ser Completados por el Tomador

Al servicio activo desde:	/	/	/	Le corresponden haberes hasta:	/	/	/
Ultimo día que concurrió al trabajo:	/	/	/	Fecha de ingreso al seguro:	/	/	/
Abonó primas hasta:	/	/	/				
El solicitante presentó denuncia por Incapacidad Total:				SI	☐	NO	☐

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.

CAJA DE SEGUROS S.A.
INFORME DEL MEDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado por el médico que asiste al asegurado en su dolencia/enfermedad (se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas):

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

Fecha de inicio de la patología que motiva el trasplante:/...../.....

Fecha de indicación del trasplante:/...../..... Fecha de inscripción en el I.N.C.U.C.A.I.:/...../.....

Presenta contraindicaciones para el trasplante?: SI ☐ NO ☐

Detallar las contraindicaciones (cuando existan): _____

Detallar la última enfermedad padecida por el asegurado: _____

Otras enfermedades concomitantes: _____

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

Domicilio: _____ N°: _____ Piso: _____ Dto: _____ C.P.: _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico Tratante