

## DENUNCIA DE SINIESTRO POR ENFERMEDADES GRAVES

Comunicamos a Uds. la solicitud de Enfermedades Graves 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 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: \_\_\_\_\_

### Denominación del Tomador

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Póliza N°: \_\_\_\_\_

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimenté los requisitos que La Caja solicite, se suspenden los plazos previstos en la Ley de Seguros Nº17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio. Deberé acompañar a la presente indefectiblemente, fotocopia de la Historia Clínica. 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.

Le corresponden haberes hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Último día que concurrió al trabajo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Último sueldo de: \$ \_\_\_\_\_ Que percibía desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Abonó primas hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
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

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 del inicio de los síntomas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Fecha de la primer consulta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Antecedentes patológicos: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Detallar otras enfermedades concomitantes: \_\_\_\_\_

Este 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

Domicilio: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dto: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello aclaratorio del Médico Asistente