

DENUNCIA DE SINIESTRO PARA RENTA DIARIA POR INTERNACIÓN A CONSECUENCIA DE ACCIDENTES PERSONALES - SEGURO DE VIDA COLECTIVO - ACCIDENTES PERSONALES E INDIVIDUALES

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

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:		
Profesión/Actividad:					

Por este medio me notifico que hasta que no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N°17.416, 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

Póliza N°:		Contratante del seguro:			
Capital asegurado:	\$	Fecha de ingreso al seguro:	/	/	
Fecha de fallecimiento:	/	/	Fecha del accidente:	/	/

Datos de los Beneficiarios

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

Beneficiario A) - Apellido y Nombres (**):					
DNI:				Fecha de Nac.:	/ /
Domicilio:		N°:		Piso:	
				Dto:	
				C.P.:	
Localidad:					
Provincia:					
Teléfono Celular:					
E-Mail:					

Firma o Impresión Digital del Beneficiario

Beneficiario B) - Apellido y Nombres (**):					
DNI:				Fecha de Nac.:	/ /
Domicilio:		N°:		Piso:	
				Dto:	
				C.P.:	
Localidad:					
Provincia:					
Teléfono Celular:					
E-Mail:					

Firma o Impresión Digital del Beneficiario

(**) Consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben.

Lugar y Fecha	Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

(1) Si existieran diferencias del nombre del Asegurado con los que figuran en la Entidad o Certificado Individual, deberá constar en "observaciones" que los nombres corresponden a la 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 y determinó la internación del mismo.

Datos del Asegurado a ser completados por el Médico Asistente

Apellido y Nombres:

Datos del Establecimiento asistencial en el que fue internado el Asegurado

Denominación del establecimiento asistencial:

Domicilio: N°: Piso: Dto: C.P.:

Localidad: Provincia:

Teléfono/s: E-mail:

Datos de la Internación del Asegurado

Referencias de la internación (motivos y consecuencias de accidente sufrido por el Asegurado):

Fecha de 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 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

Sello Establecimiento Asistencial