

SOLICITUD DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE - SEGURO DE VIDA COLECTIVO

De acuerdo con las Condiciones de póliza de Seguro de Vida Colectivo y por hallarme impedido para ejercer cualquier ocupación remunerada solicito se me conceda el beneficio de incapacidad total y permanente, 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:		
Denominación del Tomador:					
Teléfono:			E-mail:		

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que La Caja solicite, se suspenden los plazos previstos en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio. Deberé acompañar a la presente indefectiblemente, fotocopia de la Historia Clínica y de los estudios complementarios.

Asimismo presto conformidad para que toda comunicación relacionada con el siniestro que denuncio por el presente (pedidos de información y/o documentación complementaria, suspensión de plazos 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 (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.

N° de Póliza:		N° de Certificado:	
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:	/	/	Fecha de cese laboral:
			/

Indicar los períodos de licencia, de todas las licencias durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y los motivos (en 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 DEL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL**Datos Personales del Asegurado**

Apellido y Nombres: _____

DNI: _____ Fecha de Nac.: ____ / ____ / ____

Características y Recomendaciones

El diagnóstico consignado en el presente formulario tienen la calidad de Certificado Médico y ha sido solicitado por el Asegurado.

El Médico Asistente debe completar un formulario por cada diagnóstico del cual tenga certeza, en forma manuscrita y con letra legible (de imprenta y mayúscula).

El profesional que certifique el diagnóstico no debe omitir ninguna de las respuestas requeridas, todas referidas al momento de extenderse el presente informe y consignará las siguientes leyendas en los lugares indicados: Si desconoce fecha de inicio de la enfermedad consignará "desconocida"; si no realizó examen físico consignará "no realizado" en Observación (1), si no efectuó estudios complementarios consignará "ninguno" en Observación (2), si no recibe medicación consignará "ninguna" en Observación (3).

Además se deberán acompañar las copias de los análisis y estudios complementarios que se hayan realizado.

Diagnóstico

Fecha de inicio de la enfermedad: ____ / ____ / ____

Examen FísicoSe realizó examen: ☐ Fecha: ____ / ____ / ____ Observación (1): _____

Semiología objetiva (signos patológicos) correspondientes a este diagnóstico y constatada por el profesional: _____

Análisis y Estudios Complementarios Confirmatorios de DiagnósticoSe realizaron análisis y estudios: ☐ Fecha: ____ / ____ / ____ Observación (2): _____

Estudio	Fecha del informe	Matrícula del profesional informante	Adjunta copia del informe	
1)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐
2)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐
3)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐
4)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐
5)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐
6)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐
7)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐
8)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐
9)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐
10)	____ / ____ / ____	_____	SI ☐	NO ☐

Tratamiento recibido para este diagnósticoRecibe tratamiento: ☐ Desde (fecha): ____ / ____ / ____ Tipo de tratamiento: _____

Institución o profesional tratante: _____

HISTORIA CLÍNICA

Adjunta Historia Clínica: ☐ NO EXISTE H.C. ☐ _____

Medicación recibida por este diagnóstico

Recibe Medicación: ☐ Observación (3): _____

Nombre farmacológico de la droga	Dosis Diaria
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____
6) _____	_____
7) _____	_____
8) _____	_____
9) _____	_____
10) _____	_____

Datos del Médico Diagnosticante y Certificación de Diagnóstico

Apellido y Nombres: _____

Matrícula N°: _____ ☐ Nacional ☐ Provincial Fecha: ____ / ____ / ____

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

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Certifico haber arribado al presente diagnóstico de certeza y tomo conocimiento de que cualquier falseda o tergiversación en que pudiese incurrir se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del código penal argentino.

_____	_____	_____
Firma	Aclaración Manuscrita	Sello Profesional