

DENUNCIA DE SINIESTRO POR ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVOS

Comunicamos a Uds. el acaecimiento del accidente del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándome de la exactitud de los mismos.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres:		
Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal):		
D.N.I./L.C./L.E.:	C.I.:	Estado Civil:
Fecha de nacimiento: / /	Edad: / /	Sexo: F ☐ M ☐ Es Zurdo: SI ☐ NO ☐
Nacionalidad:	Teléfono:	Profesión:

Detalles del Siniestro

Descripción del accidente:		
Lugar de Ocurrencia:	Fecha: / /	Hora:
Lesión principal, secundarias y secuelas derivada del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.):		

Datos de la Póliza

Número:	Certificado N°:	Ramo:
Contratante del seguro:	Capital asegurado: \$	

Antecedentes del Asegurado

Fecha de ingreso al seguro: / /	N° de legajo:
Fecha de fallecimiento: / /	Fecha del accidente: / /

Datos de los Beneficiarios

Apellido y Nombres (**)	Parentesco	Doc. de Identidad (tipo y N°)	Fecha de Nacimiento
a)			
b)			
c)			

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

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, pcia, cód. postal) y teléfono	Firma o impresión digital de los beneficiarios (3)
a)-	
b)-	
c)-	

Observaciones:

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.

Lugar y Fecha	Firma y Sello Aclaratorio del Tomador
---------------	---------------------------------------

CAJA DE SEGUROS S.A.
INFORME DEL MEDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado de **puño y letra** en forma completa sin omitir ninguna respuesta, por el médico que asistió o asiste al asegurado con motivo de la incapacidad denunciada.
El médico asistente sólo certificará diagnósticos de certeza, no admitiéndose diagnósticos presuntivos.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres:

D.N.I./L.E./L.C.: C.I.: Edad: Sexo: F ☐ M ☐

Informe del Siniestro

Lugar de ocurrencia del accidente: Fecha del accidente: / / Hora:

Descripción de la forma en que ocurrió el accidente:

Lesión principal derivada del accidente:

Otras lesiones y secuelas derivadas del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.):

Evolución de las lesiones y secuelas: Favorable ☐ Desfavorable ☐

Indicar porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas anatómicas y/o funcionales producidas:

Estudios y análisis realizados que confirman las lesiones y secuelas sufridas por el asegurado (detallar y adjuntar):

Indicar si las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del asegurado y derivaron del accidente: SI ☐ - NO ☐

Carácter de la incapacidad: Permanente ☐ Transitoria ☐

Factores de Probable vinculación con el Accidente

Intento de suicidio: SI ☐ NO ☐ Culpa grave: SI ☐ NO ☐ Estado de ebriedad SI ☐ NO ☐ Influencia de drogas: SI ☐ NO ☐

Examen Físico

Auscultación cardíaca normal: SI Tensión arterial :Max: Min: Várices: SI ☐ NO ☐

Auscultación pulmonar normal: SI Hepatomegalia: SI ☐ Es zurdo?: SI ☐ NO ☐

Reflejos osteotendinosos normales: SI Psiquismo: Normal ☐ - Alterado ☐

Antecedentes de Afecciones Ajenas y Anteriores al Accidente

Diabetes: : SI ☐ NO ☐ Reumatismo: SI ☐ NO ☐ Hipertensión: SI ☐ NO ☐ Obesidad: SI ☐ NO ☐

Gota: SI ☐ NO ☐ Adicciones: SI ☐ NO ☐ Otras (Detallar)

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 artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

Datos del Médico

Apellido y Nombres:

Matrícula N°: Nacional ☐ Provincial ☐ Teléfono:

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, código postal):

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico