



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 del Asegurado Ser Completados por el Tomador

Apellido y Nombres: _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

D.N.I./L.E./L.C./(*): _____ | C.I.: _____ | Edad: _____ | Sexo: F M

Fecha de nacimiento: _____ | Nacionalidad: _____

Estado civil: _____ | Teléfono: _____

Denominación de la entidad en la que está incluido: _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono: _____

Datos de la póliza: _____

Número: _____ | Certificado N°: _____

Obra Social/Medicina Prepaga: _____

N° de afiliado: _____ | Peso: _____ kg. | Estatura: _____ mts.

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: _____ / ____ / ____ | Siniestro N°: _____

El solicitante presentó denuncia por Incapacidad Total: SI NO

Datos del Médico de Cabecera

Apellido y Nombres: _____

Domicilio (calle, número, piso departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

Teléfonos/Fax: _____

Observaciones: _____

Institución que diagnosticó la enfermedad

Denominación: _____

Domicilio (calle, número, piso departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

Teléfonos/Fax: _____

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
(* Tachar lo que no corresponda)

Firma y Sello Aclaratorio del Tomador

CAJA DE SEGUROS S.A.
INFORME DEL MEDICO TRATANTE

Este cuestionario debe ser completado de **puño y letra** 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 los síntomas: ____ / ____ / ____ | Fecha de la primer consulta: ____ / ____ / ____

Fecha del diagnóstico: ____ / ____ / ____

Antecedentes patológicos: _____

Diagnóstico: _____

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 | Teléfono: _____

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal): _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello Aclaratorio del Médico Tratante

RECUERDE QUE DEBE ADJUNTAR HISTORIA CLINICA COMPLETA EN TODOS LOS CASOS Y TODOS LOS ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS EFECTUADOS

Lugar y Fecha

Firma o Impresión digital del Asegurado