



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

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____
Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, código postal): _____
D.N.I./L.E./L.C.: _____ C.I.: _____ Edad: _____ Sexo: F M
Fecha de nacimiento: / / _____ Nacionalidad: _____ Estado civil: _____
Profesión/Actividad: _____ Teléfono: _____

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	Tipo y N° Doc. Identidad (*)	Nacimiento
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____

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

Domicilio (calle, N°, piso, dpto., localidad, provincia, código postal) _____
a) _____
b) _____
c) _____

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

a) _____ b) _____ c) _____
Firma o impresión digital del Beneficiario Firma o impresión digital del Beneficiario Firma o impresión digital del Beneficiario

Datos Reservados para Ser Completados por La Caja

Fecha de internación: / / _____ Fecha de alta: / / _____ Cantidad de días de internación: _____

CAJA DE SEGUROS S.A.
INFORME DEL MEDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado de **puño y letra** por el médico que asiste al asegurado y determinó la internación del mismo.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

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

Datos del Establecimiento Asistencial en el que fue Internado el Asegurado

Denominación del Establecimiento Asistencial: _____

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

Teléfonos/Fax: _____

Datos de la Internación del Asegurado

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

Fecha del 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 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

Sello del Establecimiento Asistencial