



PROVINCIA DEL CHUBUT  
Ministerio de Economía y Crédito Público  
Dirección Provincial de Seguros

**DOCUMENTACION A PRESENTAR (Seguro de Vida Colectivo).-  
Cobertura por fallecimiento del asegurado titular y cónyuge.**

Siniestro de Sr/a.....  Titular –  Esposa/o –  Hijo.

Seguro denunciado:  OBLIGATORIO –  FAMILIAR –  ADICIONAL.

Formulario de denuncia de siniestro, certificado por el tomador.- (Form. 301 / 3027)

En caso de más de tres beneficiarios completar el form. F 345 Anexo Complementario.

En caso de beneficiarios en la provincia de Buenos Aires, presentación del formulario F.R-550/G. (Con motivo de lo dispuesto en la Resolución Normativa A.R.B.A. 91/10 (P.B.A.).

Certificado de defunción en original o copia certificada por el Registro Civil donde se encuentra radicado el fallecimiento. En caso de no figurar la causa del fallecimiento en el certificado, completar el dorso del formulario de denuncia por parte del medico que extendió en mismo.

Recibo de haberes del mes anterior al fallecimiento.- (para el seguro facultativo con capital superior a \$ 200.000, los últimos seis (6) recibos y en caso de fallecimiento de un familiar, el recibo de haberes del mes de fallecimiento).

Certificado de nacimiento de los hijos del titular del seguro, en original o copia certificada por el Registro Civil donde está radicado el nacimiento, cuando entre los beneficiarios se encuentren los hijos del asegurado.- (en caso de estar designados, la certificación puede ser del tomador).

En caso de beneficiarios menores, firman y perciben de corresponder, ambos padres o tutor.

En caso de beneficiarios mayores declarados incapaces, corresponde presentar la curatela.

Acta o certificado de matrimonio actualizado (con fecha posterior al fallecimiento) en original o copia certificada por el Registro Civil donde está registrado el vínculo, cuando entre los beneficiarios se encuentre el cónyuge del asegurado. O en caso de cobertura de cónyuge, para el seguro facultativo. En caso de conviviente presentar certificado de concubinato (anterior y posterior al fallecimiento) emitido por el Juez de Paz donde esta registrado el vinculo, o copia certificada por el mismo juzgado emisor.

Fotocopia de los documentos de identidad de los beneficiarios.- (certificado por el empleador, juez de paz o escribano).

Informe de licencias del último año a partir del fallecimiento.

- Formulario de designación de beneficiarios (último instituido).
  
- En caso de muerte traumática, copia certificada de la causa judicial o del ministerio publico fiscal, con resultados de alcohol y tóxicos e informe medico el dorso del formulario de denuncia.
  
- En caso de suicidio, copia certificada de la causa judicial o del ministerio publico fiscal con el cierre o desistimiento de la causa, certificado en original por el juzgado interviniente.-
  
- Nota de acreditación en cuenta (F 198-32-2 Caja Vida - Deposito por CBU.pdf) y constancia del CBU emitido e intervenido por personal el banco, informando la totalidad de los titulares con los números de CUIL/CUIT. (No sirve de cajero automático o home banking)

.....  
Firma del responsable del área

Teléfono de contacto:

E-mail:

Fecha de recepción:

Visado de Dirección Provincial de Seguros: COMPLETO – INCOMPLETO.-



PROVINCIA DEL CHUBUT  
Ministerio de Economía y Crédito Público  
Dirección Provincial de Seguros

## DOCUMENTACION A PRESENTAR Seguro de Vida Colectivo. ENFERMEDADES GRAVES

Siniestro de Sr/a.....  Titular –  Esposa/o.

Seguro denunciado:  OBLIGATORIO –  ADICIONAL.

Formulario F310 Denuncia de Siniestro por Enfermedades Graves, firmado por el asegurado, el tomador y completado con el informe medico (plazo de denuncia, un año de la fecha de diagnostico de la enfermedad denunciada)

Recibo de sueldo del mes anterior a la fecha de diagnostico. Para el seguro facultativo con capital superior a \$ 200.000, los últimos seis (6) recibos. En caso del cónyuge o concubino, el recibo de haberes del mes de diagnostico).

Historia clínica completa, con el desarrollo de la enfermedad denunciada. (No sirve la historia clínica de derivación o control de asistencia)

Estudios realizados, de acuerdo a la enfermedad denunciada.

DNI del asegurado.

En caso de ser el cónyuge o concubino, Acta o certificado de matrimonio actualizado (con fecha posterior al fallecimiento) en original o copia certificada por el Registro Civil donde está registrado el vínculo, cuando entre los beneficiarios se encuentre el cónyuge del asegurado. O en caso de cobertura de cónyuge, para el seguro facultativo.

En caso de conviviente presentar certificado de concubinato (anterior y posterior al fallecimiento) emitido por el Juez de Paz donde esta registrado el vinculo, o copia certificada por el mismo juzgado emisor. (Es requisito indispensable que figure como asegurado en la ficha de incorporación al seguro)

Nota de acreditación en cuenta (F 198-32-2 Caja Vida - Deposito por CBU.pdf) y constancia del CBU emitido e intervenido por personal el banco, informando la totalidad de los titulares con los números de CUIL/CUIT. (No sirve de cajero automático o home banking)

### Artículo 3: Definiciones de enfermedades cubiertas

**Cáncer:** Se entiende por esta enfermedad la presencia de células malignas que se reproducen y se propagan en forma incontrolable. Deben producirse pruebas sobre la invasión de tejidos e **histología positiva del tumor maligno.**

Se excluyen los carcinomas no invasores in situ, todo cáncer de piel salvo los melanomas malignos, tumores localizados no invasores que muestren solamente cambios malignos tempranos y tumores ante la presencia de un virus de inmunodeficiencia humana (H.I.V.).

**Infarto agudo de miocardio:** Se entiende por esta enfermedad la muerte (necrosis) de una porción del músculo cardíaco. El diagnóstico debe basarse en:

- Un historial de dolores torácicos típicos (angor típico).
- Nuevos cambios en el ECG (definir patrón típico de IAM).
- Elevación de las enzimas cardíacas (CPK - CPK MB - LDH - TnT) con curva típica.

**Accidente Cerebrovascular:** Se entiende por esta enfermedad a toda patología cerebrovascular aguda que genera parálisis u otros trastornos neurológicos objetivos y mensurables por un lapso superior a 24 horas y cuyas secuelas siguen instaladas después de 60 días de iniciado el cuadro, causada por infarto de tejido nervioso, hemorragia o embolia de origen extracraneal. Se excluyen las anomalías vasculares producidas por hechos traumáticos.

**Insuficiencia renal:** Se entiende por tal el fallo total, crónico e irreversible de ambos riñones, a consecuencia del cual hay que efectuar al menos una vez por semana diálisis renal. La necesidad de diálisis regular deber estar certificada por un informe nefrológico. Se excluye la insuficiencia renal aguda o crónica causada por hechos traumáticos.

**Cirugía de Revascularización Coronaria:** Se entiende por tal las afecciones de las arterias coronarias que necesitan ser tratadas con una operación "by pass" o "puente coronario", por recomendación de un especialista y evidenciada por el resultado de una angiografía coronaria, para corregir una estenosis u oclusión en las arterias coronarias. El resultado de la angiografía coronaria junto con el informe médico estará a disposición de La Caja.

Se excluyen la angioplastia, tratamientos por láser y todas las otras técnicas que no requieran la apertura quirúrgica del tórax, así como operaciones de válvulas, operación por tumoración intracardiaca o alteración congénita.

#### **Artículo 4: Exclusiones específicas**

Esta cobertura puede aplicarse solamente a enfermedades graves diagnosticadas por primera vez después de la fecha de inicio de vigencia de la presente cláusula, por lo tanto no se adelantará ningún capital si la enfermedad en cuestión ha sido diagnosticada o si se ha recibido tratamiento por dicha enfermedad antes de la fecha de comienzo de esta cobertura.

Asimismo, queda expresamente exceptuado de la cobertura que otorga La Caja:

- a. Tentativa de suicidio voluntario y lesiones autoprovocadas intencionalmente.
- b. Abuso de alcohol, drogas o narcóticos.
- c. Enfermedades acompañadas por una infección HIV.
- d. Cualquier enfermedad preexistente a la fecha de inicio de vigencia de la cobertura.

.....  
Firma del responsable del área

Teléfono de contacto:

E-mail:

E-mail:

Fecha de recepción:

Visado de Dirección Provincial de Seguros: COMPLETO – INCOMPLETO



PROVINCIA DEL CHUBUT  
Ministerio de Economía y Crédito Público  
Dirección Provincial de Seguros

DOCUMENTACION A PRESENTAR Seguro de Vida Colectivo.  
INDEMNIZACIONES ADICIONALES POR MUERTE Y POR  
PERDIDAS ANATOMICAS CAUSADAS POR ACCIDENTE  
INCAPACIDAD PARCIAL Y PERMANENTE

- Siniestro de Sr/a.....  Titular –  Esposa/o
- Seguro denunciado:  OBLIGATORIO –  ADICIONAL
- Formulario F306 - Solicitud del Beneficio de IPP SVC, firmado por el asegurado, el tomador y completado con el informe medico (plazo de denuncia, un año de la fecha del accidente)
- Recibo de sueldo del mes anterior a la fecha del accidente. Para el seguro facultativo con capital superior a \$ 200.000, los últimos seis (6) recibos. En caso del cónyuge o concubino, el recibo de haberes del mes del accidente.
- Historia clínica completa y estudios médicos realizados. (No sirve la historia clínica de derivación o control de asistencia)
- DNI del asegurado.
- Acta policial con los datos y descripción del accidente.
- En caso de ser el cónyuge o concubino, copia del acta o certificado de matrimonio, actualizado (con fecha posterior a la fecha del accidente) y certificada en original por el Registro Civil donde está registrado el vínculo.  
En caso de conviviente presentar certificado de concubinato (anterior y posterior al fallecimiento) emitido por el Juez de Paz donde esta registrado el vinculo, o copia certificada por el mismo juzgado emisor.  
(Es requisito indispensable que figure como asegurado en la ficha de incorporación al seguro)
- Nota de acreditación en cuenta (F 198-32-2 Caja Vida - Deposito por CBU.pdf) y constancia del CBU emitido e intervenido por personal el banco, informando la totalidad de los titulares con los números de CUIL/CUIT. (No sirve de cajero automático o home banking)

.....  
Firma del responsable del área

Teléfono de contacto:

E-mail:

Fecha de recepción:

Visado de Dirección Provincial de Seguros: COMPLETO – INCOMPLETO