



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

DENUNCIA DE INCAPACIDAD POR ACCIDENTE RAMO VIDA COLECTIVO



INFORME DEL CONTRATANTE/DENUNCIANTE

POLIZA	CERTIFICADO		
NRO. DE SINIESTRO		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL														
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT									
	DNI	LE	LC	CI	CUIT			-						-	
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.				
COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA			TELEFONO					

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES														
	TIPO DE DOCUMENTO				NRO. DE DOCUMENTO					FECHA DE NACIMIENTO					
	DNI	LE	LC	CI											
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.				
COD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA			TELEFONO					

DECLARACION RELATIVA A LA INCAPACIDAD	1 - INFORMACION QUE SUMINISTRA EL TOMADOR	Fecha en que concurrió por última vez al trabajo		
		Empleado desde el:		¿En qué cargo?
		¿Cuál era tu remuneración mensual al producirse la incapacidad?		
		¿Fue la incapacidad debida a un accidente mientras estaba empleado?		
		¿Estuvo enfermo antes del comienzo de su incapacidad? En caso afirmativo, indicar la fecha		
		OBSERVACIONES:		
	LUGAR:			
	FECHA:/...../.....		FIRMA DEL TOMADOR/CONTRATANTE	ACLARACION DE FIRMA
	2 - INFORMACION QUE SUMINISTRA EL ASEGURADO	¿En qué fecha ocurrió el accidente?		
		Descripción del hecho / accidente:		
¿Desde esa época se ha empleado usted en alguna ocupación o negocio? En caso afirmativo dar detalles				
¿En qué fecha fue usted atendido por primera vez por un médico?				
Indique todos los médicos que lo asistieron desde el principio de esta incapacidad				
¿Ha estado usted recluido en su casa por esta lesión? En caso afirmativo ¿por cuánto tiempo?				
LUGAR:				
FECHA:/...../.....		FIRMA DEL ASEGURADO		

INFORME DEL MEDICO EXAMINADOR (Deba ser suministrado sin gasto por parte de la Compañía. Los honorarios corren por cuenta del asegurador)	1. A) ¿Conoce usted al asegurado? B) ¿Desde cuándo? C) Patología por la que fue consultado: D) ¿Cómo lo identificó?		A) B) C) D) D.N.I. N°
	2. A) ¿Qué lesión invoca el asegurado como causa de la incapacidad? B) ¿En qué fecha se produjo la lesión? C) Lesión principal derivada del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.): D) Indicar si la lesión principal fue ajena a la voluntad del asegurado (marque la opción que corresponda): E) Otras lesiones y secuelas derivadas del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.): F) Evolución de las lesiones y secuelas (marque la opción que corresponda):		A) B) C) D) SI: NO: E) F) FAVORABLE: DESFAVORABLE:
	3. A) Indicar el porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas funcionales o amputaciones producidas:		A)
	4. Indicar si el asegurado padecía alguna afección anterior y ajena al accidente (TACHAR LA QUE NO CORRESPONDA):		DIABETES / HIPERTENSIÓN / OBESIDAD / REUMATISMO / GOTA OTRA:
	5. A) En su opinión, ¿el asegurado quedará total y permanentemente incapacitado durante el resto de su vida para ejercer alguna ocupación remunerativa?		A)
	Si el asegurado se ha hecho practicar análisis de laboratorio, radiografías, etc. rogamos a Ud. indicarle envié a la Compañía las constancias que posea, las que serán devueltas una vez examinadas.		
	6. El accidente se originó en alguna/s de la/s siguiente/s causales(TACHAR LAS QUE NO CORRESPONDAN):		INTENTO DE SUICIDIO / INFLUENCIA DE DROGAS / ESTADO DE EBRIEDAD / CULPA GRAVE OTRAS:
	7. OBSERVACIONES:		
	Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y completo, según mi leal saber y entender.		
	LUGAR: FECHA:/...../.....		
Apellido y nombre del médico declarante:		Teléfono:	Domicilio (calle, número, piso departamento, localidad, provincia, cod. postal):
N° Matricula:		E- Mail:	
A COMPLETAR POR SANCOR SEGUROS	AUTORIZACION: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	CAUSA DE LA NEGATIVA: <input type="checkbox"/> Falta de pago <input type="checkbox"/> Fuera de vigencia <input type="checkbox"/> Preexistencias <input type="checkbox"/> No asegurado <input type="checkbox"/> En carencia <input type="checkbox"/> Reticencia <input type="checkbox"/> Otros		
Vª Bª AUDITORIA MEDICA: FECHA:/...../..... FIRMA DEL MEDICO		Ampliaciones médicas a solicitar: Fecha .../...../..... Fecha .../...../..... Fecha .../...../.....