



**DENUNCIA DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
RAMO VIDA COLECTIVO**



DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

INFORME DEL CONTRATANTE/DENUNCIANTE

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

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	Naturaleza de la actual enfermedad o lesión	
		¿En qué fecha empezó su incapacidad total por esta enfermedad o lo que lo ha imposibilitado completamente para trabajo?	
		¿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 enfermedad o lesión? En caso afirmativo ¿por cuánto tiempo?			
Si no a estado recluido en su casa ¿por qué está usted incapacitado para trabajar?			
¿Está usted ahora incapacitado para dedicarse a alguna ocupación?			
Si su incapacidad se debe a un accidente, conteste las siguientes preguntas:			
a) ¿Ocurrió en el lugar y horas de trabajo?			
b) ¿Cuándo y donde ocurrió el accidente?			
c) Describir el accidente detalladamente.			
LUGAR:			
FECHA:/...../.....			
FIRMA DEL ASEGURADO			
ACLARACION DE FIRMA O SELLO			

INFORME DEL MEDICO EXAMINADOR (Deba ser suministrado sin gasto por parte de la Compañía. Los honorarios corren por cuenta del asegurado)	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 enfermedad o lesión invoca el asegurado como causa de la incapacidad? B) ¿En qué fecha se inició dicha enfermedad o se produjo la lesión? C) ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones? D) ¿En qué fecha consultó el asegurado por primera vez al médico por dicha causa? E) Tratamientos prescritos y evolución de la dolencia: F) Nombre y dirección de los médicos que lo asistieron o examinaron.	A) B) C) D) E) F)	
	3. A) Sírvase indicar, con el mayor detalle posible, los síntomas y signos que presenta en la actualidad el asegurado: B) Diagnóstico sintomático: C) Diagnóstico anatómico: D) Diagnóstico etiológico	A) B) C) D)	
	Si el asegurado se ha hecho practicar análisis de laboratorio, radiografías, etc. rogamos a Ud. indicarle envíe a la Compañía las constancias que posea, las que serán devueltas una vez examinadas.		
	4. A) En su opinión, ¿el asegurado quedará total y permanentemente incapacitado durante el resto de su vida para ejercer alguna ocupación remunerativa? B) ¿Dónde y cuándo fue practicado el examen? Hora	A) B)	
	Observaciones suplementarias, si fueran necesarios más detalles, se ruega enviarlos en hoja aparte.		
	Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y completo, según mi leal saber y entender.		
	LUGAR:	NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO	FIRMA DEL MEDICO
	FECHA:/...../.....	MATRICULA	ACLARACION DE FIRMA
	A COMPLETAR POR SANCOR SEGUROS	AUTORIZACION: • SI • NO CAUSA DE LA NEGATIVA: • Falta de pago • Fuera de vigencia • Preexistencias • No asegurado • En carencia • Reticencia • Otros	
Vª Bª AUDITORIA MEDICA: FECHA:/...../..... FIRMA DEL MEDICO	Ampliaciones médicas a solicitar: Fecha .../...../..... Fecha .../...../..... Fecha .../...../.....	