

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
NRO. DE SINIESTRO		

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL													
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT										NRO.:		-	-
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.			
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA		TELÉFONO				

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES													
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI										NRO.:		FECHA DE NACIMIENTO	
	CALLE						NRO.		PISO		DTO.			
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD				PROVINCIA		TELÉFONO				

DECLARACIÓN RELATIVA A LA INCAPACIDAD	INFORMACIÓN QUE SUMINISTRA EL TOMADOR	Fecha en que concurrió por última vez al trabajo	____/____/____
		Empleado desde el: ____/____/____	¿En qué cargo? _____
		¿Cuál era su 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		FIRMA DEL TOMADOR/CONTRATANTE

DECLARACIÓN RELATIVA A LA INCAPACIDAD	INFORMACIÓN 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 recluso en su casa por esta enfermedad o lesión? En caso afirmativo ¿por cuánto tiempo?	
		Si no ha estado recluso 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 dónde ocurrió el accidente?			
c) Describir el accidente detalladamente			
LUGAR: _____			
FECHA: ____/____/____			
FIRMA DEL ASEGURADO		FIRMA DEL TOMADOR/CONTRATANTE	

INFORME DEL MÉDICO EXAMINADOR (Debe 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 envié 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?	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: _____ FECHA: ____/____/____	_____ NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO _____ MATRÍCULA	_____ FIRMA DEL MÉDICO	
Vª Bª AUDITORÍA MÉDICA: FECHA: ____/____/____	_____ FIRMA DEL MÉDICO	Ampliaciones médicas a solicitar: _____ FECHA: ____/____/____ _____ FECHA: ____/____/____ _____ FECHA: ____/____/____	

A fin de conocer la documentación a presentar en caso de siniestro, consulte el PROTOCOLO DE SINIESTROS en www.gruposancorseguros.com