

Denuncia de siniestro por enfermedades graves

DATOS A SER COMPLETADOS POR EL ASEGURADO

Comunicamos a Uds. la solicitud de Enfermedades Graves del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

Apellido y nombres (1)

Domicilio

N°

Piso (opcional)

Dto (opcional)

C.P.

Localidad

Provincia

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Edad

DNI

Estado civil

Teléfono celular

☐ Soltero

☐ Casado

☐ Divorciado

☐ Viudo

☐ Unión civil

E-mail

Denominación del tomador

Teléfono del tomador

E-mail del tomador

Póliza N°

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que Woranz solicite, se suspenden los plazos previstos en la Ley de Seguros N° 17.418.

Asimismo presto conformidad para que toda comunicación relacionada con el siniestro que denuncio por el presente (pedidos de información y/o documentación complementaria, suspensión del plazo para pronunciarse sobre el siniestro, rechazos o cualquier otra) sea efectuada por medios electrónicos a la dirección de correo declarada o la que la reemplace y/o a través de SMS.

Lugar y fecha

Firma y aclaración o impresión digital (2)

ANTECEDENTES A SER COMPLETADOS POR EL TOMADOR

Dejamos expresa constancia que nos responsabilizamos de la exactitud de los datos que anteceden y los que se consignan a continuación, y que la firma o impresión digital del recuadro precedente corresponde al solicitante.

Le corresponden haberes hasta

Último día que concurrió al trabajo

Último sueldo de

Que percibía desde

Abonó primas hasta

Observaciones (opcional)

Lugar y fecha

Firma y sello aclaratorio del tomador

INFORME DEL MÉDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado por el médico que asiste al asegurado en su dolencia/enfermedad (se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas).

Apellido y nombres del asegurado

Fecha del inicio de los síntomas

Fecha de la primera consulta

Fecha de diagnóstico

Antecedentes patológicos

Diagnóstico

Detallar otras enfermedades concomitantes

Este 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°

Jurisdicción de la matrícula

☐ Nacional ☐ Provincial

Domicilio

N°

Piso (opcional)

Dto (opcional)

C.P.

Localidad

Provincia

Teléfono (opcional)

E-mail (opcional)

Lugar y fecha

Firma y sello aclaratorio del médico asistente

LLAMADAS AL PIE

- (1) Si existieran diferencias de nombres del asegurado con los que figuran en la Entidad o Certificado Individual, deberá constar en "observaciones" que los nombres corresponden a una misma persona.
(2) Si no supiera firmar o se hallara impedido de hacerlo, el Solicitante estampará su impresión digital.