

Solicitud del beneficio de incapacidad parcial y permanente

Seguro de vida colectivo

DATOS A SER COMPLETADOS POR EL ASEGURADO

De acuerdo con las Condiciones de póliza del Seguro de Vida Colectivo, solicito se me conceda la indemnización adicional por pérdidas anatómicas y/o funcionales que taxativamente se indican en la misma producida por accidente, a cuyo fin suministro los siguientes datos:

Apellido y nombres (1)

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono

D.N.I. / L.E. / L.C. (*)

C.I. (opcional)

Edad

Sexo

☐ F☐ M

Fecha de nacimiento

Nacionalidad

Estado civil

☐ Soltero☐ Casado☐ Divorciado☐ Viudo☐ Unión civil

Entidad / delegación / repartición (*) donde prestó o presta servicios

Domicilio de la entidad (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal)

Apellido y nombres del médico asistente

Domicilio del médico asistente (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal)

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que Woranz solicite, regirán los plazos legales vigentes estipulados en la Ley de Seguros N° 17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio.

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.

Denominación del tomador

Domicilio del tomador (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono

Número de póliza

Certificado N°

Sucursal donde se contrató la póliza

Capital asegurado a la fecha del accidente

Cargo / profesión del asegurado (*)

Al servicio activo desde

Le corresponden haberes hasta

Último día que concurrió al trabajo

Último sueldo de

Que percibía desde

Abonó primas hasta

Fecha de ingreso al seguro

¿Es zurdo?

☐ Sí☐ No

Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3 (tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y los motivos (en el caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente) (opcional)

Observaciones (opcional)

Lugar y fecha

Firma y sello aclaratorio del tomador

INFORME DEL MÉDICO ASISTENTE

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra, en forma completa sin omitir ninguna respuesta, por el médico que asistió o asiste al asegurado con motivo de la incapacidad denunciada.

Apellido y nombres del asegurado

Fecha de ocurrencia del accidente

Descripción de la forma en que ocurrió el accidente

Lesión principal derivada del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.)

Indicar si la lesión principal fue ajena a la voluntad del asegurado y se produjo por la acción directa del accidente

☐ Sí ☐ No

Otras lesiones y secuelas derivadas del accidente (naturaleza, extensión, localización, etc.)

Indicar si las lesiones y secuelas fueron ajenas a la voluntad del asegurado y se produjeron por la acción directa del accidente

☐ Sí ☐ No

Evolución de las lesiones y secuelas

Observaciones (opcional)

☐ Favorable ☐ Desfavorable

Indicar el porcentaje de incapacidad para cada una de las pérdidas funcionales o amputaciones producidas

Estudios y análisis realizados que confirman las lesiones y secuelas (detallar y adjuntar)

AFECCIONES ANTERIORES Y AJENAS AL ACCIDENTE

Diabetes

☐ Sí ☐ No

Hipertensión

☐ Sí ☐ No

Reumatismo

☐ Sí ☐ No

Obesidad

☐ Sí ☐ No

Gota

☐ Sí ☐ No

Adicciones

☐ Sí ☐ No

Otras (detallar) (opcional)

EXAMEN FÍSICO

Auscultación cardíaca normal

☐ Sí ☐ No

Reflejos osteotendinosos normales

☐ Sí ☐ No

Auscultación pulmonar normal

☐ Sí ☐ No

Várices

☐ Sí ☐ No

Hepatomegalia

☐ Sí ☐ No

Tensión arterial — máxima

Tensión arterial — mínima

Psiquismo

☐ Normal ☐ Alterado

Descripción de anomalías detectadas (opcional)

CARÁCTER DE LA INCAPACIDAD Y CAUSALES DEL ACCIDENTE

Carácter de la incapacidad

☐ Permanente ☐ Transitoria

Intento de suicidio

☐ Sí ☐ No

Estado de ebriedad

☐ Sí ☐ No

Influencia de drogas

☐ Sí ☐ No

Culpa grave

☐ Sí ☐ No

Otras (detallar) (opcional)

Observaciones (opcional)

Las patologías denunciadas son las únicas de existencia actual que generan la incapacidad, no detectándose otra afección mediante el examen clínico/físico y los estudios complementarios que se adjuntan.

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 ASISTENTE

Apellido y nombres

Matrícula N°

Jurisdicción de la matrícula

☐ Nacional ☐ Provincial

Teléfono (opcional)

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal)

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 hallare impedido de hacerlo, el solicitante estampará su impresión digital. (*) Tachar lo que no corresponda.