

Solicitud del beneficio de incapacidad total 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 y por hallarme impedido para ejercer cualquier ocupación remunerada solicito se me conceda el beneficio de incapacidad total y permanente, 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☐ nión 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)

Declaro formalmente que a la fecha, no desempeño ninguna actividad remunerada y en caso de volver a hacerlo, me comprometo a comunicarlo en forma fehaciente a Woranz.

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, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio. Deberé acompañar a la presente indefectiblemente, fotocopia de la Historia Clínica y de los estudios complementarios. Woranz no aceptará denuncias posteriores de patologías no indicadas en este acto.

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

Último capital por el que se descontó primas

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

Fecha del cese laboral

Causa del cese laboral

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 — DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

El diagnóstico consignado en el presente formulario tiene la calidad de Certificado Médico y ha sido solicitado por el asegurado. El Médico Asistente debe completar un formulario por cada diagnóstico del cual tenga certeza, en forma manuscrita y con letra legible (de imprenta y mayúscula). El profesional que certifique el diagnóstico no debe omitir ninguna de las respuestas requeridas, todas referidas al momento de extenderse el presente informe y consignará las siguientes leyendas en los lugares indicados: si desconoce fecha de inicio de la enfermedad consignará "desconocida"; si no realizó examen físico consignará "no realizado" en Observación (1), si no efectuó estudios complementarios consignará "ninguno" en Observación (2), si no recibe medicación consignará "ninguna" en Observación (3). Además se deberán acompañar las copias de los análisis y estudios complementarios que se hayan realizado.

Apellido y nombres

Tipo y n° de documento

Fecha de nacimiento

DIAGNÓSTICO

Denominación del diagnóstico de certeza

Fecha de inicio de la enfermedad

EXAMEN FÍSICO

Se realizó examen

Fecha

Observación (1)

☐ Sí ☐ No

Semiología objetiva (signos patológicos) correspondiente a este diagnóstico y constatada por el profesional

ANÁLISIS Y ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS CONFIRMATORIOS DEL DIAGNÓSTICO

Se realizaron análisis y estudios

Fecha

Observación (2)

☐ Sí ☐ No

Estudio

Fecha

Matrícula del informante

Adjunta copia

TRATAMIENTO RECIBIDO PARA ESTE DIAGNÓSTICO

Recibe tratamiento

Desde (fecha)

Tipo de tratamiento

☐ Sí ☐ No

Institución o profesional tratante

HISTORIA CLÍNICA

Historia clínica

☐ Adjunta historia clínica ☐ No adjunta historia clínica ☐ No existe historia clínica

MEDICACIÓN RECIBIDA POR ESTE DIAGNÓSTICO

Recibe medicación

Observación (3)

☐ Sí ☐ No

Nombre farmacológico de la droga

Dosis diaria

DATOS DEL MÉDICO DIAGNOSTICANTE Y CERTIFICACIÓN DEL DIAGNÓSTICO

Apellido y nombres

N° de matrícula

Jurisdicción de la matrícula

Fecha

Domicilio

Localidad

Certifico haber arribado al presente diagnóstico de certeza y tomo conocimiento de que cualquier falsedad o tergiversación en que pudiese incurrir se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal de la República Argentina.

Aclaración manuscrita

Firma y sello profesional

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.