

## Denuncia de Siniestro para Coberturas Adicionales

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

Para dar curso al trámite es necesario que complete todos los requisitos de este formulario.

Señalar con una cruz la cobertura reclamada.

### Denuncia por:

- |                    |                          |   |                          |
|--------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Enfermedad Crítica | <input type="checkbox"/> | Exención pago de primas por Invalidez Total y Permanente  | <input type="checkbox"/> |
| Renta Diaria       | <input type="checkbox"/> | Invalidez Total y Permanente                              | <input type="checkbox"/> |
| Trasplantes        | <input type="checkbox"/> | Beneficios por desmembramiento y anquilosis por accidente | <input type="checkbox"/> |

Detalle de documentación que adjunta a la presente denuncia:

---

---

### 1. DATOS DEL ASEGURADO (A SER COMPLETADOS POR EL TOMADOR / ASEGURADO)

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  Nro.: \_\_\_\_\_  
CUIT  CUIL  Nro.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ años Estado Civil: S  C  D  V  Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

### 2. DATOS DEL TOMADOR (COMPLETAR CUANDO EL TOMADOR ES DISTINTO DEL ASEGURADO)

#### a. Persona Física

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  Nro.: \_\_\_\_\_  
CUIT  CUIL  Nro.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ años Estado Civil: S  C  D  V  Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

#### b. Persona Jurídica

Denominación / Razón Social: \_\_\_\_\_  
Fecha de Inscripción Registral: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
CUIT / CDI Nro.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha Contrato / Escritura: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Domicilio Legal: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono Sede Social: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_  
Actividad Principal Realizada: \_\_\_\_\_

### Datos del Representante Legal

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
Documento Tipo: DNI  LE  LC  PAS  Nro.: \_\_\_\_\_  
CUIT  CUIL  Nro.: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ años Estado Civil: S  C  D  V  Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

### 3. INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO

Indicar fecha en la cual comenzó su invalidez o lesión que lo ha imposibilitado para el trabajo: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
¿Está Usted ahora imposibilitado para dedicarse a alguna ocupación? SI  NO   
Si su incapacidad se da a algún Accidente, conteste las siguientes preguntas:  
a) ¿Trabajaba Usted cuando ocurrió el Accidente? SI  NO   
b) ¿Fue un Accidente Laboral? SI  NO   
c) ¿Cuándo ocurrió el Accidente? \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_  
d) ¿Fue en circunstancias de la práctica de deportes? SI  NO  ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
e) Describa detalladamente el Accidente:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4. CERTIFICADO DEL MÉDICO TRATANTE

Este informe no debe ser llenado por ningún Médico examinador de la Compañía que esté actuando, simultáneamente, como Médico particular del enfermo.

¿Es Usted su Médico Tratante? SI  NO  Completar datos del Médico Tratante o Médico Asistente:  
\_\_\_\_\_

Indique las fechas entre las cuales Usted fue consultado sobre la enfermedad o lesión descrita en la presente acción.

Desde: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sírvase indicar la naturaleza de la enfermedad o lesión y brinde su diagnóstico definitivo:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones o síntomas?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicar fecha de inicio de enfermedad o lesión \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Se encuentra el asegurado imposibilitado para dedicarse a alguna ocupación? SI  NO

Si presenta invalidez total, ¿será permanente tal invalidez? SI  NO

¿Puede tratarse favorablemente su dolencia mientras permanece en el trabajo aunque sea parcialmente? SI  NO

En caso negativo, exprese razones:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En la actualidad, ¿se encuentra en rehabilitación?: SI  NO  ¿Hasta qué fecha? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Datos a completar por el médico tratante:

Domicilio: Calle: \_\_\_\_\_ Nro.: \_\_\_\_\_  
Piso: \_\_\_\_\_ Depto.: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Matrícula Profesional Nro.: \_\_\_\_\_

**5. COMPLETAR SOLAMENTE PARA COBERTURA DE RENTA DIARIA**

Días de internación: \_\_\_\_\_ Desde: [ ] - [ ] - [ ] Hasta: [ ] - [ ] - [ ]

Días de internación UTI: \_\_\_\_\_ Desde: [ ] - [ ] - [ ] Hasta: [ ] - [ ] - [ ]

FECHA DENUNCIA	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL ASEGURADO
----------------	----------------------------------

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL TOMADOR	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL
--------------------------------	--

FECHA INFORME MÉDICO	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL MÉDICO
----------------------	-------------------------------