

CONTRATANTE

Apellido y Nombres o Razón Social:.....	Póliza N°
---	-----------------

COBERTURAS (Marcar lo que corresponda)

Muerte: <input type="checkbox"/>	Incap. Total y/o Parcial Permanente: <input type="checkbox"/>
Asist. Médico - Farmacéutica: <input type="checkbox"/>	Incapacidad Temporaria: <input type="checkbox"/>


ACCIDENTADO

Apellido y Nombres:.....

Fecha Nacimiento:..... Tipo Documento: Número Documento:

Domicilio: Calle..... N°..... Piso..... Dto..... Localidad:.....

Código Postal:..... Pcia.:..... Teléfono:..... E-Mail:.....

DATOS DEL ACCIDENTE 

Fecha: Hora: Lugar:.....

¿Se instruyó sumario policial?..... En caso afirmativo, ¿Dónde?

Forma en que ocurrió.....
.....
.....

CONSECUENCIAS

¿Se produjo una invalidez permanente? ¿Cuál?

¿Se produjo una invalidez temporaria? ¿Cuál?

..... FIRMA DEL CONTRATANTE FIRMA DEL ASEGURADO

¿Se produjo el deceso?..... Fecha:..... Hora:.....

BENEFICIARIOS

APELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	TIPO	Nº DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO

DOMICILIO DE LOS BENEFICIARIOS

CALLE - N° - CODIGO POSTAL - LOCALIDAD - PROVINCIA	Nº TELÉFONO	FIRMA

FR-SIN-037-01

NOTA: Cuando se trate de reclamos por incapacidades se deberá adjuntar el diagnóstico del médico interviniente y denuncia policial. Si posee cobertura de asistencia médico-farmacéutica deberá remitir para su reintegro:

- 1) Para prestaciones médicas, consultas y prácticas:** a) Recibo oficial de pago que cumpla con las exigencias de la AFIP, emitido por el prestador, conteniendo el nombre del profesional y los datos del Asegurado. b) Orden médica por pedido de estudios y diagnóstico.
- 2) Para medicamentos:** a) Factura o ticket oficial de pago originales. b) Prescripción médica.

En caso de fallecimiento, adjuntar el certificado de defunción, denuncia policial y toda documentación inherente al accidente.

Lugar y fecha.....

INFORME MEDICO SOBRE INCAPACIDAD

1) ¿En qué fecha ocurrió el accidente?

2) ¿Cómo ocurrió el accidente?
.....
.....
.....
.....

3) ¿Qué pérdida/s o secuela/s le ocasionó al Asegurado?.....
.....
.....

4) ¿La incapacidad es total? SI NO
5) ¿Quedó imposibilitado de ejercer sus tareas habituales? SI NO
¿Desde qué fecha?

6) ¿Durante cuánto tiempo estima Ud. que quedará incapacitado?.....
.....
.....

7) ¿Se encuentra en condiciones psíquicas de administrarse? SI NO
¿En caso negativo, por qué? (ver transcripción del Código Civil) *

(*)CÓDIGO CIVIL
Art. N° 141: Se declaran incapaces por demencia las personas que por causas de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes.
Art. N° 152: Podrá inhabilitarse judicialmente:
Bis 1 - A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio.
2 - A los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el Artículo N° 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio.

OBSERVACIONES:
.....
.....
.....
.....
.....

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

Apellido y Nombres del Médico:..... Matrícula N°.....

Domicilio: Calle:.....N°..... Piso..... Dpto. Cód.Postal..... Tel.....

Localidad:..... Provincia:.....

Lugar y fecha..... FIRMA DEL MÉDICO.....