



DENUNCIA DE SINIESTRO SEGURO DE INGRESO MENSUAL GARANTIZADO

PÓLIZA N°: _____

INFORMACIONES REFERENTES AL ASEGURADO:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS (Tomador Asegurado)	
DOMICILIO DEL ASEGURADO	
LOCALIDAD	PROVINCIA
TELEFONO	CODIGO POSTAL
C.B.U. (Clave Bancaria). Ante su aprobación y a fin de agilizar la liquidación de su beneficio, favor de proporcionar su clave:	

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO	
	TIPO	NUMERO

OCUPACIÓN

CAUSA DE LA INVALIDEZ Y/O INCAPACIDAD	FECHA DE OCURRENCIA	LUGAR DE LA OCURRENCIA EN CASO DE ACCIDENTE

LUGAR Y FECHA	FIRMA Y ACLARACIÓN

SEGURO DE INGRESO MENSUAL GARANTIZADO FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE SINIESTRO

Fecha: _____ / _____ / _____

PÓLIZA N°: _____

APELLIDO Y NOMBRE	

DOMICILIO REAL			
CALLE			N°
PISO	DPTO	LOCALIDAD	CP
TEL		E-MAIL	

DOMICILIO PROFESIONAL			
CALLE			N°
PISO	DPTO	LOCALIDAD	CP
TEL		E-MAIL	

DOMICILIO TEMPORARIO (POR RAZONES DE INCAPACIDAD)			
CALLE			N°
PISO	DPTO	LOCALIDAD	CP
TEL		E-MAIL	

Fecha de inicio de la incapacidad:		/		/
Fecha en la cual fue atendido por primera vez por un médico, por esta enfermedad o lesión:		/		/

¿Qué estudios fueron realizados para el diagnóstico de la enfermedad o lesión? (APORTAR ORIGINALES C/CARGO DE DEVOLUCION O FOTOCOPIAS)	
Indique si por su afección debe permanecer en reposo absoluto o puede deambular:	
Fecha probable de alta:	/ /

Si su incapacidad se debió a un accidente: a) ¿Cuándo y donde ocurrió el accidente? b) Describir el accidente detalladamente c) Lugar de hospitalización
a)
b)
c)

MÉDICO TRATANTE

APELLIDO Y NOMBRE:	
DOMICILIO:	CP:
TELEFONO:	CELULAR:

* Adjuntar Informe Médico

Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información dada es verdadera y completa. Doy mi consentimiento para que ASV Compañía de Seguros S.A., pueda recabar cualquier información con respecto a la afección declarada en la presente, autorizando a la entrega de la misma.

FIRMA Y ACLARACIÓN

* El asegurado deberá comunicar el acontecimiento del siniestro dentro de los 7 (siete) días de conocerlo, bajo pena de perder el derecho a cobro de la renta asegurada, salvo que acredite caso fortuito, fuerza mayor o imposibilidad de hecho sin culpa o negligencia.

INFORME MÉDICO

NOTA: Este formulario debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo. El presente informe para ser reconocido deberá pertenecer a una Obra Social Hospital Público, Prepaga, debiendo el mismo estar refrendado por las autoridades médicas centrales de las diferentes instituciones.
OBSERVACION: El profesional médico que falseare datos relativos a la lesión o enfermedad por la que reclama el asegurado, incurrirá en el delito de falsificación de Documentos que contempla el artículo 295 del Código Penal que dice " Sufrirá prisión de un mes a un año el médico que diere por escrito un certificado falso, concierne a la existencia o inexistencia, presente o pasada, de alguna enfermedad o lesión cuando de ello resulte perjuicio..."
Asimismo incurrirá en delito de la estafa previsto en los artículos 172 y 173 inciso 3° del Código Penal y castigado con pena de un mes a seis años en prisión.

APPELLIDO Y NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

Naturaleza o relevancia de la enfermedad o accidente:

Examen Clínico:

Diagnóstico:

Tratamiento indicado:

Pronóstico:

Fecha de inicio de la incapacidad:

Tiempo estimado de duración de la Incapacidad:

¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado?

¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar conectado con la enfermedad que padece?

¿En qué fecha fue Ud. consultado por primera vez respecto de la lesión o enfermedad?

¿Hay algún tratamiento clínico o quirúrgico y/o artificios técnicos (prótesis, ortesis, etc.) que pueda mejorar el estado actual del paciente?

¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad?

En caso de no querer el paciente realizarlo, ¿cuáles han sido los motivos?

¿Está el solicitante totalmente incapacitado para ejercer su profesión?

Si está completamente incapacitado en la actualidad ¿Será permanente la incapacidad para ejercer la profesión?



DOMICILIO DEL MÉDICO ACTUANTE:

CALLE			N°
PISO	DPTO	LOCALIDAD	CP
TEL		E-MAIL	

FECHA: ____ / ____ / ____

FIRMA Y SELLO (Nro de Matrícula)	