



## DENUNCIA DE INCAPACIDAD

<b>APELLIDO Y NOMBRE DEL ASEGURADO</b>	<b>POLIZA N°</b>	<b>UBICAC.</b>
<b>CERTIFICADO N°</b>		

PREGUNTAS	CONTESTACIONES (*)
1. a) Profesión u ocupación del Asegurado b) Domicilio c) Documento de identidad	a) ..... b) ..... c) .....
2. a) Fecha del accidente o inicio de la enfermedad. b) Detallar cómo y dónde ocurrió el accidente o el inicio de la incapacidad	a) Día:..... Mes: ..... Año:..... b) ..... ..... .....
3. a) ¿Qué diagnóstico/lesiones presenta? b) Detallar posibles consecuencias de las lesiones	a)..... b).....
4. a) Indicar que médico lo atiende b) ¿Es su médico habitual? c) En caso negativo indicar motivo.	a)..... b)..... c).....
5. Indicar última fecha en que concurrió a sus tareas	Día:..... Mes:..... Año:.....
6. ¿Se instruyó sumario policial? En caso afirmativa indicar: Adjuntar a esta denuncia, copia del sumario policial y/o recortes periodísticos, donde se detalle el día, lugar y circunstancias en que ocurrió el hecho	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No (marcar con una X donde corresponda) Seccional Policial: ..... Acta N°:..... Folio N°:..... <b>MUY IMPORTANTE: Adjuntar CAUSA PENAL</b>
7. Informar testigos que presenciaron el accidente	Nombre:..... Domicilio:..... Tel.:..... Nombre:..... Domicilio:..... Tel.:.....

En \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

.....  
 Asegurado o Denunciante

.....  
 Firma y Sello del Contratante

### DENUNCIA DE INCAPACIDAD INFORME MEDICO

Nombre y Apellido del Asegurado	Documento (tipo y nº)	Edad
Profesión y Ocupación		Fecha del Accidente/ inicio enfermedad
		..... / ..... / .....

1. Breve descripción que da el Asegurado de su enfermedad / accidente	..... ..... ..... .....
2. ¿Cuándo comenzó el tratamiento?	.....de.....de 200..... a las ..... hs
3. Exposiciones individuales: a) Miembro y órgano afectado: b) ¿Su afección fue total o parcial? c) ¿Otras consideraciones? d) ¿Qué secuela observa? Detalle déficit funcionales. e) ¿Puede establecer algún diagnóstico?	a)..... b)..... c)..... d)..... e)..... .....
4. a) ¿Sufre el lesionado exclusivamente las consecuencias del accidente o existen al mismo tiempo enfermedades de carácter latente o evolutivo, defectos físicos, etc.? b) ¿El accidente es consecuencia de las mismas o favoreciendo por ellas, y se dificulta por estas razones el proceso de curación?	a) ..... ..... ..... b)..... ..... .....
5. ¿Qué consecuencias ha tenido o cree usted que puede tener su enfermedad/accidente: a) ¿Puede provocar la muerte? b) ¿La inhabilitación total o permanente? c) ¿La inhabilitación parcial? (Por pérdida total, ha de entenderse la causado por la amputación completa y definitiva del miembro u órgano afectado)	a)..... b)..... c)..... ..... .....

En ..... a los .....días del mes de..... de 20....

**MUY IMPORTANTE Adjuntar HISTORIA CLINICA-autenticada-de INTERNACION**

Firma del Médico \_\_\_\_\_  
 Aclaración de la firma \_\_\_\_\_  
 Matrícula N° \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_



### DENUNCIA DE INCAPACIDAD

POLIZA:	CERT.IND:
---------	-----------

#### INFORMACIONES REFERENTES AL ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS (Titular)		
DOMICILIO		
CODIGO POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA
TELÉFONO		MAIL
C.B.U. (Clave Bancaria Única)		
<p style="text-align: center; font-size: small;">A fin de agilizar la liquidación del beneficio, si desea transferencia bancaria, por favor proporcionar su Clave Bancaria Única (CBU) de la cuenta bancaria de su titularidad.</p> <p style="text-align: center;">.....</p>		

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS (Asegurado Siniestrado)			
DOMICILIO DEL ASEGURADO			
CODIGO POSTAL	TELÉFONO	LOCALIDAD	PROVINCIA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO	
		TIPO	NUMERO
OCUPACIÓN			

CAUSA DE SU INCAPACIDAD	FECHA DE INICIO DE INCAPACIDAD

\_\_\_\_\_

**Lugar y fecha**

\_\_\_\_\_

**Firma - Aclaración**