

SEGURO DE VIDA COLECTIVO
DENUNCIA DE INCAPACIDAD

INCAPACIDAD TOTAL

INCAPACIDAD PARCIAL

POR ACCIDENTE

ANTICIPO POR ENFERMEDAD CRITICA

INFORMACION DEL ASEGURADO

TRANSPLANTE DE ORGANOS

ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

1. Apellido y Nombres
2. Domicilio..... Localidad..... Teléfono.....
3. Fecha Nacimiento..... 4. Ocupación..... 5. Estado Civil.....
6. Documento de identidad
7. Naturaleza de la enfermedad o lesión actual
8. ¿Si padeciese de incapacidad total para el trabajo, cuándo comenzó la misma?
9. ¿En qué fecha recibió atención médica por primera vez a raíz de la actual incapacidad?.....
10. Indicar nombres y direcciones de todos los médicos que lo asistieron desde el principio de esta incapacidad.....
11. ¿Ha estado internado por esta incapacidad?..... En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo?.....
12. ¿Está ahora incapacitado en forma total y permanente?.....
13. Si su incapacidad se debe a un accidente:
 - a) Fecha y lugar donde se produjo.....
 - b) ¿Cómo ocurrió el accidente?
 - c) ¿Qué secuelas presenta?
 - d) ¿Se instruyó sumario policial? En caso afirmativo, ¿dónde?

Lugar y fecha

Firma del Asegurado

INFORMACION DEL CONTRATANTE

1. Póliza N°..... 2. Certificado
3. Capital asegurado \$.....
4. Fecha de nacimiento del Asegurado.....
5. Empleado desde el
6. Fecha en que concurrió por última vez al trabajo con presencia física.....
7. Remuneración mensual al producirse la incapacidad: \$.....
8. Percibió o percibirá haberes hasta el
9. ¿El Asegurado estuvo enfermo antes del comienzo de su incapacidad?.....
En caso afirmativo, indicar causas y fechas

LICENCIAS DE LOS ULTIMOS TRES (3) AÑOS:.....

OBSERVACIONES:

Lugar y fecha

Firma y sello del Contratante