

INCAPACIDAD TOTAL
INCAPACIDAD PARCIAL

POR ACCIDENTE
TRANSPLANTE DE ÓRGANOS

ANTICIPO POR ENFERMEDAD CRÍTICA
ANTICIPO POR ENFERMEDAD TERMINAL

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

1. Apellido y Nombres _____
2. Domicilio _____ Localidad _____ Teléfono _____
3. Fecha de Nacimiento _____ 4. Ocupación _____ 5. Estado Civil _____
6. Tipo Documento _____ Número Documento _____
7. Naturaleza de la enfermedad o lesión actual _____
8. ¿Si padeciese de incapacidad total para el trabajo, cuando comenzó? _____
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 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

INFORMACIÓN 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 _____

LICENCIA DE LOS ÚLTIMOS TRES (3) AÑOS: _____

OBSERVACIONES: _____

Lugar y Fecha

Firma y Sello del Contratante