

Denuncia y Declaración Relativa a la Incapacidad

SINIESTROS SEGUROS DE PERSONAS Vida Colectivo

A fin de impedir demoras, por favor no deje ninguna pregunta sin contestar

Reclamo (por favor marque) Incapacidad por: Enfermedad Accidente

1- INFORMACION QUE SUMINISTRARA EL PRINCIPAL

Póliza N°: _____ Certificado N°: _____

Capital asegurado vigente a la fecha de inicio de la incapacidad: _____

NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO: _____

Tipo y N° de Doc.: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha en que cumplió por última vez una jornada completa de trabajo: _____

Empleado desde el: _____ ¿En qué cargo?: _____

¿Cuál era su remuneración mensual al quedar incapacitado?: _____

¿Fue la incapacidad debida a un accidente mientras estaba empleado?: _____

¿Estuvo enfermo antes de quedar incapacitado?: SI NO

En caso afirmativo, indicar las fechas e inasistencias: _____

Observaciones: _____

Fechado en: _____ el: _____

Firma y sello principal

2- INFORMACION QUE SUMINISTRARA EL EMPLEADO

Nombres y Apellidos completos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Naturaleza de la actual enfermedad o lesión: _____

¿En qué fecha quedó incapacitado por esta enfermedad o lesión que lo ha imposibilitado completamente para todo tipo de trabajo?: _____

¿Desde esa época se ha empleado Ud. en alguna ocupación o negocio? En caso afirmativo dar detalles: _____

¿En qué fecha fue Ud. atendido por primera vez por un médico?: _____

Indique todos los médicos que lo atendieron desde el principio de esta incapacidad (nombre, dirección y teléfono): _____

¿Ha estado Ud. recluso en su casa por esta enfermedad o lesión? ¿Desde cuándo? ¿Por cuánto tiempo?: _____

Si no ha estado recluso en su casa, ¿por qué esta Ud. incapacitado para trabajar?: _____

¿Está Ud. ahora completamente incapacitado para dedicarse a alguna ocupación?: _____

Si su incapacidad se debe a un accidente:

1) ¿Ocurrió en el lugar y en horas de trabajo?: _____

2) ¿Cuándo y dónde ocurrió el accidente?: _____

3) Describa el accidente **detalladamente**: _____

Por medio de la presente autorizo a ALLIANZ ARGENTINA Cia. de Seguros de Vida S.A. a solicitar información a los médicos que me asisten o me han asistido.

Fechado en: _____ el: _____

Firma del empleado

Muy importante

Esta comunicación deberá ser acompañada indefectiblemente del certificado del médico asistente consignado al dorso, de copia completa de la historia clínica y de los dos últimos recibos de sueldo a la fecha del último día trabajado. En caso de invalidez por accidente acompañar además sumario policial y causa penal completa.



3. CERTIFICADO DEL MÉDICO ASISTENTE

Nota: este certificado debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo. No debe ser llenado por ningún médico examinador de la compañía que está actuando como médico particular del enfermo.

1. Nombre completo del paciente:			
2. ¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la actual incapacidad del asegurado?			
3. ¿En qué fecha ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad del asegurado?		Día Mes Año	
4. ¿En qué fecha concurrió el paciente a trabajar por última vez?		Día Mes Año	
5. ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones?			
6. ¿Qué exámenes se realizaron?			
7. ¿Cuál fue el tratamiento?			
8. ¿En qué fecha el asegurado consultó al médico por primera vez?		Día Mes Año	
9. ¿Dónde recibió atención médica por primera vez?		Domicilio <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/>	
10. ¿En qué fecha recibió el asegurado atención médica por última vez o se le practicó la cura?		Día Mes Año	
11. ¿Cuántas veces o con qué frecuencia fue tratado durante ese periodo?			
12. ¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en casa?			
13. ¿Permanece aún en cama y/o en casa?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
14. De no guardar cama y/o reposo, ¿por qué no reasume sus tareas aunque sea parcialmente?			
15. ¿Cuáles son los principales síntomas secuelas y signos actuales?			
16. ¿Requiere el estado del paciente seguir tratamiento médico, guardar cama o permanecer en casa?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
17. En caso afirmativo, ¿por qué causa?			
18. ¿Está el paciente absolutamente incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo, ocupación o negocio?			
19. En caso afirmativo, ¿desde qué fecha quedó imposibilitado?		Día Mes Año	
20. Si está parcialmente incapacitado, ¿qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora usted dicha incapacidad?			
21. ¿Durante cuánto tiempo cree usted que quedará incapacitado total o parcialmente?			
22. ¿Podrá el asegurado ser tratado adecuadamente si retoma parcialmente el trabajo?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
23. En caso negativo, ¿por qué motivos?			
24. Con su estado actual, ¿qué tareas podría ejercer por cuenta propia y/o en relación de dependencia?			
25. ¿Está usted convencido de que la invalidez será absoluta y permanente de manera definitiva?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
26. En caso afirmativo, ¿por qué motivos?			
27. Sírvase indicar nombre, dirección y teléfono de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al paciente.		Dr.: Domicilio: Tel.: Dr.: Domicilio: Tel.:	
28. Sírvase indicar obra social o medicina prepaga.			

Observaciones:

Fechado en: _____ el: _____ Firma y sello del Médico: _____

Aclaración: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

La información requerida en el presente formulario, debe ser proporcionada con carácter obligatorio excepto que se especifique su carácter optativo. Los datos serán registrados, y tratados con total confidencialidad pudiendo ser utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por Allianz Argentina Compañía de Seguros S.A. (responsable de Bases de Datos). Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a la Dirección Nacional de Datos Personales: www.jus.gov.ar/dnppnew, link "Ejerza sus derechos".

