

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