

SOLICITUD DEL BENEFICIO DE INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE - SEGURO DE VIDA COLECTIVO - PÓLIZAS COASEGURADAS ENTRE PROVINCIA SEGUROS S.A. Y SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO)

De acuerdo con las Condiciones de póliza del Seguro de Vida Colectivo y por hallarme impedido para ejercer cualquier ocupación remunerada solicito se me conceda el beneficio de incapacidad total y permanente, a cuyo fin suministro los siguientes datos:

**Datos a Ser Completados por el Asegurado**

Apellido y Nombres (1) \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono \_\_\_\_\_

D.N.I./L.E./L.C./(\*) \_\_\_\_\_ | C.I. \_\_\_\_\_ | Edad \_\_\_\_\_ | Sexo  F  M

Fecha de nacimiento / / \_\_\_\_\_ | Nacionalidad \_\_\_\_\_ | Estado civil \_\_\_\_\_

Entidad/Delegación/Repartición (\*) donde prestó o presta servicios \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) \_\_\_\_\_

Apellido y Nombres del médico asistente \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) \_\_\_\_\_

Declaro formalmente que a la fecha, no desempeño ninguna actividad remunerada y en caso de volver a hacerlo, me comprometo a comunicarlo en forma fehaciente a SANCOR SEGUROS.

Por este medio me notifico que hasta tanto no cumplimente los requisitos que SANCOR SEGUROS solicite como Compañía Piloto, se suspenden los plazos previstos en la Ley de Seguros N°17.418, pudiendo prescribir los derechos al cobro del beneficio. Deberé acompañar a la presente indefectiblemente, fotocopia de la Historia Clínica y de los estudios complementarios. SANCOR SEGUROS no aceptará denuncias posteriores de patologías no indicadas en este acto.

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_ Firma y Aclaración o Impresión Digital (2) \_\_\_\_\_

**Antecedentes a ser Completados por el Tomador**

Dejamos expresa constancia que nos responsabilizamos de la exactitud de los datos que anteceden y los que se consignan a continuación, y que la firma o impresión digital del recuadro precedente corresponde al solicitante.

Denominación del tomador \_\_\_\_\_

Domicilio (calle, número, piso, departamento, localidad, provincia, cód. postal) y teléfono \_\_\_\_\_

Datos de la póliza

Número _____	Certificado N° _____	Suc. donde se contrató la póliza _____
Ultimo capital por el que se descontó primas \$ _____	Cargo/Profesión(*) del asegurado _____	
Al servicio activo desde / / _____	Le corresponden haberes hasta / / _____	
Ultimo día que concurrí al trabajo / / _____	Ultimo sueldo de \$..... que percibía desde / / _____	
Abonó primas hasta / / _____	Fecha de ingreso al seguro / / _____	
Fecha del cese laboral / / _____	Causa del cese laboral _____	

Indicar los períodos de licencia por salud tomados durante los 3(tres) últimos años o incluir anexo detallándolos y los motivos (en el caso de no haber hecho uso de inasistencias señalarlo expresamente)

Observaciones \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_ Firma y Sello Aclaratorio del Tomador \_\_\_\_\_

(1) Si existieran diferencias de nombres con los que figuran en la Entidad o Certificado Individual, deberá constar en "Observaciones" que los nombres corresponden a una misma persona.

(2) Si no supiera firmar o se hallare impedido de hacerlo, el solicitante estampará su impresión digital.

(\*) Tachar lo que no corresponda

SANCOR SEGUROS (COMPAÑÍA PILOTO)  
INFORME DEL MÉDICO ASISTENTE DEL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL

**Datos Personales del Asegurado**

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Características y Recomendaciones**

El diagnóstico consignado en el presente formulario tiene la calidad de Certificado Médico y ha sido solicitado por el asegurado. El Médico Asistente debe completar un formulario por cada diagnóstico del cual tenga certeza, en forma manuscrita y con letra legible (de imprenta y mayúscula).

El profesional que certifique el diagnóstico no debe omitir ninguna de las respuestas requeridas, todas referidas al momento de extenderse el presente informe y consignará la s siguientes leyendas en los lugares indicados: Si desconoce fecha de inicio de la enfermedad consignará "desconocida"; si no realizó exámen físico consignará "no realizado" en Observación (1), si no efectuó estudios complementarios consignará "ninguno" en Observación (2), si no recibe medicación consignará "ninguna" en Observación (3).

Además se deberán acompañar las copias de los análisis y estudios complementarios que se hayan realizado

**Diagnóstico**

Denominación del diagnóstico de Certeza \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la enfermedad \_\_\_\_\_

**Examen Físico**

Se realizó examen  \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Observación (1) \_\_\_\_\_

Semiología objetiva (signos patológicos) correspondiente a este diagnóstico y constatada por el profesional \_\_\_\_\_

**Análisis y Estudios Complementarios Confirmatorios de este Diagnóstico**

Se realizaron análisis y estudios  \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Observación (2) \_\_\_\_\_

Estudio	Fecha del informe	Matrícula del profesional informante	Adjunta copia informe	
1 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
7 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
9 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
10 _____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Visto del Médico Diagnosticante \_\_\_\_\_

**Tratamiento recibido para este diagnóstico**

Recibe tratamiento  Desde (Fecha) \_\_\_\_\_ No recibe tratamiento

Tipo de tratamiento \_\_\_\_\_

Institución o profesional tratante \_\_\_\_\_

**Historia Clínica**

Adjunta Historia Clínica  No adjunta Historia Clínica  No existe Historia Clínica

**Medicación recibida por este diagnóstico**

Recibe Medicación  Observación (3) \_\_\_\_\_

Nombre Farmacológico de la droga	Dosis Diaria
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

**Datos del médico diagnosticante y Certificación del Diagnóstico**

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_

N° de Matrícula \_\_\_\_\_ Jurisdicción de la Matrícula \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

Certifico haber arribado al presente diagnóstico de certeza y tomo conocimiento de que cualquier falsedad o tergiversación en que pudiese incurrir se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal de la República Argentina.

\_\_\_\_\_  
Firma Aclaración Manuscrita Sello Profesional

**Datos Personales del Asegurado**

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_

Tipo y N° de Documento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_