



SAN PATRICIO

SEGUROS DE VIDA Y SALUD S.A.

Una Compañía del Grupo  AAUG

DECLARACIÓN RELATIVA A LA INCAPACIDAD

❖ INFORMACIÓN QUE SUMINISTRA EL EMPLEADOR O CONTRATANTE.

Nombre del Empleador o Contratante.....
Póliza N°..... Importe del seguro \$.....
Apellido y nombres del Asegurado.....
Tipo y N° de documento.....N° de legajo.....
Remuneración mensual al último día de concurrencia al trabajo \$.....
Fecha de ingreso al trabajo.....Fecha de incorporación al seguro.....
Fecha de su última concurrencia al trabajo (se entiende el último día de concurrencia a prestar normalmente servicios y no el cese en relación de dependencia).....
Períodos de ausencia por la enfermedad o accidente que causó la incapacidad.....
¿Fue la incapacidad debida a un accidente? En caso afirmativo, indique fecha.....
¿Fue dado de baja en el empleo? En caso afirmativo, indique fecha y causa.....
.....

Fecha

Sello y firma del Empleador o Contratante

❖ INFORMACIÓN QUE SUMINISTRA EL ASEGURADO.

Apellido y nombres completo.....Edad.....Estado civil.....
Domicilio: Calle y N°.....Localidad.....
Código Postal..... Provincia.....Teléfono.....
¿Está Ud. totalmente incapacitado para dedicarse a alguna ocupación?
Describa su actual enfermedad o lesión.....
¿Cuándo comenzó a asistirse por esa enfermedad o lesión?.....
Fecha en que se consolidó su incapacidad total.....
¿Solicitó Ud. ante la Comisión Médica respectiva, el retiro transitorio por invalidez total y permanente? En caso afirmativo, indique fecha.....
¿Le fue acordado el beneficio? Indique fecha y porcentaje acordado.....

LE ROGAMOS NOS REMITA COPIA AUTÉNTICA DEL DICTAMEN.

❖ SI SU INCAPACIDAD SE DEBE A UN ACCIDENTE, POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y ADJUNTE A LA PRESENTE UNA CERTIFICACIÓN POLICIAL DEL HECHO.

Fecha, lugar y hora donde ocurrió el accidente.....

¿Estaba Ud. trabajando cuándo ocurrió el accidente?.....

Describa las circunstancias en que se produjo.....

.....

Describa las lesiones sufridas.....

.....

¿Le fue otorgada el alta definitiva? Indique fecha.....

Nombre del médico o establecimiento sanitario donde fue atendido.....

.....

¿Se instruyó sumario policial? En caso afirmativo, indique el juzgado interviniente.....

.....

Firma y aclaración:

N° de Documento:

