

DENUNCIA DE ADELANTO POR ENFERMEDAD

HDI
Seguros

CANCER
 INSUFICIAENCIA RENAL

CARDIOPATÍA ISQUEMICA
 AFECIONES NEUROLÓGICAS

OTRAS CARDIOPATÍAS

1.- INFORMACIÓN QUE SUMINISTRA EL PRINCIPAL / TOMADOR

Póliza N° Certificado N° Importe del Seguro

Nombre del Principal / Tomador:

Fecha de inicio en póliza: / /

¿Fue dado de baja en el empleo? En caso afirmativo fecha y causa:

Períodos de ausencia por la enfermedad:

OBSERVACIONES

Fecha:/...../.....

.....
Sello y Firma del Principal / Tomador

2.- INFORMACIÓN QUE SUMINISTRA EL ASEGURADO

Nombre completo: Edad: Sexo: Estado Civil:

Tipo y N° de documento: CUIT / CUIL:

Domicilio: Localidad:

Provincia: CP:

Naturaleza de la actual enfermedad:

Fecha en que comenzó a ser atendido por la misma:

¿Dejó de concurrir a sus tareas desde el comienzo de su enfermedad?

¿Cuál fue el último día que concurrió normalmente a su trabajo?

¿Fue dado de baja en el empleo? En caso afirmativo, fecha y causa:

Indique todos los médicos que lo asistieron desde el principio de esta enfermedad:

.....

.....

.....

.....

¿Está tramitando o le fue acordada su jubilación?

Fecha:/...../.....

.....
Firma del Asegurado

3.- DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA QUE DEBERÁ ACOMPAÑAR LA DENUNCIA

1. Fotocopia de solicitud de adhesión al seguro.

2. Historia Clínica.

3. Fotocopia del DNI del asegurado.