

**SOLICITUD DE BENEFICIO POR
INCAPACIDAD**



1.- INFORMACION QUE SUMINISTRA EL PRINCIPAL

Póliza N°	Certificado N°	Importe del Seguro
Nombre del Principal:		
Nombre y Apellido completo del Asegurado:		
Fecha de nacimiento del asegurado: / /	extraída de	
Cargas de familia del asegurado:		
Fecha de su última concurrencia al trabajo: / / (se entiende el último día de concurrencia a prestar normalmente servicios y no el cese en la relación de dependencia)		
Remuneración mensual al último día de concurrencia normal al trabajo: \$		
¿Fue dado de baja en el empleo?	En caso afirmativo fecha y causa	
Periodos de ausencia por la enfermedad que causó la incapacidad		
¿Fue la incapacidad debida a un accidente?	En caso afirmativo fecha	
¿Está tramitando o le fue acordada la incapacidad cubierta por el seguro obligatorio Decreto Ley 1567/74?		
OBSERVACIONES		
Fecha:/...../.....	Sello y Firma del Principal	

2.- INFORMACION QUE SUMINISTRA EL ASEGURADO

Nombre completo:	Edad:	Sexo:	Estado Civil:	N° de Doc.:
Domicilio: Calle y N°	Localidad:	Provincia:	C.P.:	Tel*:
E-mail*:	C.U.I.L./C.U.I.T./C.D.I.:			
Naturaleza de la actual enfermedad o lesión:				
Fecha en que comenzó a ser atendido por la misma:				
Fecha en que empezó su incapacidad total:				
¿Dejó de concurrir a sus tareas desde el comienzo de su enfermedad?				
¿Cuál fue el último día que concurrió normalmente a su trabajo?				
Indique todos los médicos que lo asistieron desde el principio de esta enfermedad o lesión:				
¿Ha estado recluso en su casa por esta enfermedad o lesión? En caso afirmativo indique tiempos:				
¿Está ahora completamente incapacitado para dedicarse a alguna ocupación?				
Si su incapacidad se debe a un accidente descríbalo detalladamente indicando fecha y lugar:				
¿Está tramitando o le fue acordada su jubilación por incapacidad?				
Fecha:/...../.....	Sello y Firma del Principal			

SBI- VI- 1019

(*) CAMPO OBLIGATORIO
Cumplimentando lo solicitado EVITARÁ DEMORAS.

3.- CERTIFICADO DEL MEDICO ASISTENTE

NOTA: Este certificado debe ser llenado por el médico que actualmente siste y trata al enfermo. No debe ser llenado por ningún médico examinador de la Compañía que esté actuando como médico particular del enfermo.

1. Nombres y Apellido completo del paciente	
2. ¿En qué fecha fue Ud. consultado respecto de la lesión o enfermedad descripta en el anverso del presente?	
3. ¿Desde qué fecha quedó impedido de trabajar?	
4. ¿En qué fecha lo asistió por última vez?	
5. ¿Cuál fue el último día que el paciente concurrió normalmente a trabajar? Fecha	
6. Sírvase indicar la naturaleza de la lesión o enfermedad que originó la incapacidad y su diagnóstico definitivo.	
7. ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones o síntomas?	
8. Sírvase indicar los principales síntomas, signos y secuelas actuales.	
9. ¿Lo obliga la enfermedad a permanecer inactivo en su casa o puede realizar algunas tareas?	
10. Si no está recluso en su casa, ¿Por qué no puede reanudar su trabajo total o parcialmente?	
11. ¿Está el solicitante totalmente incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo, ocupación o negocio?	
12. Si está completamente incapacitado en la actualidad, ¿Será permanente tal incapacidad?	
13. Si la incapacidad no es permanente o definitiva, ¿Durante cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado?	
14. Puede tratarse favorablemente su dolencia mientras permanece en el trabajo, aunque sea parcialmente? Si no, exprese razones.	

Fecha en..... el día de de

.....
Nombres y Apellido completos del médico

.....
Domicilio

.....
Firma del médico

.....
Matrícula N°

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Usted podrá solicitar el retiro o bloqueo de sus datos de nuestra base de datos comunicándose al 5300-3450 – marketing@hdi.com.ar. Cualquier consulta no dude en comunicarse con nosotros al 0800-4444-587 de lunes a viernes de 10:00 a 13:00 hs. y de 14:00 a 17:00 hs.