

Formulario de Siniestro - VIDA
Declaración del Médico Asistente relativa a la Incapacidad

Este formulario debe ser completado por el médico que actualmente asiste y trata al Asegurado/Paciente.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____
Sexo: M F DNI/CUIL: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Estado civil: _____
Lugar de nacimiento: _____ Nacionalidad: _____
Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfonos: (_____) _____ / (_____) _____
Correo electrónico: _____
Ocupación que tenía en la fecha del siniestro: _____
Nombre del contratante: _____
¿El Asegurado tiene pólizas de vida contratadas en otras compañías? SI NO
¿En cuál / cuáles? Compañía: _____ Suma asegurada: \$ _____
Compañía: _____ Suma asegurada: \$ _____

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____
Especialidad: _____
Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____
C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____
Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____
Correo electrónico: _____
Nº de Matrícula Nacional: _____ Nº de Matrícula Provincial: _____

Declaración del Médico Asistente

- Desde qué fecha asistía al paciente? _____
- Diagnóstico y status actual de la afección: _____
- ¿Conoce usted que el paciente se haya encontrado con incapacidad laboral? Desde cuándo _____
- ¿El paciente ha estado hospitalizado por esta afección o fue atendido por otros médicos? SI NO
En caso afirmativo indicar nombre del establecimiento en que fue internado y fecha o del profesional que lo atendió y datos de contacto _____

- ¿Qué tipo de estudios le practicó o conoce usted que le hayan sido practicados? Por favor adjúntelos si están en su poder? _____

- En caso de que el paciente no haya reanudado sus tareas, sírvase indicar los principales síntomas o secuelas actuales _____

7. Hay algún tratamiento clínico y/o uso de medios técnicos que pueda mejorar el estado actual del paciente? Ha sido el mismo informado de esta posibilidad?

8. ¿En caso de no querer el paciente realizarlo, cuáles han sido sus motivos?

9. ¿Está el paciente totalmente incapacitado para desarrollar cualquier trabajo, ocupación o negocio? Si lo está, especifique desde qué fecha _____

10. Si está completamente incapacitado actualmente, considera que será permanente tal incapacidad?

11. Si la incapacidad no es permanente, por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado?

12. Si la incapacidad es parcial, será permanente? En caso afirmativo indique lesión sufrida y porcentaje de incapacidad

En caso de Enfermedad

14. Sírvase indicar la naturaleza de la enfermedad que originó la incapacidad:

15. ¿A qué fecha considera usted que se remonta el origen de la misma? ___ / ___ / _____

16. ¿Desde cuándo conoce el paciente su existencia? ___ / ___ / _____

17. ¿Cuáles fueron las primeras manifestaciones o síntomas? _____

18. En caso de enfermedad neurológica y/o psiquiátrica, está el paciente en dominio de sus facultades y está en condiciones de administrar sus bienes? _____

19. Enumere los estudios complementarios efectuados y los resultados en que respalda sus conclusiones

En caso de Accidente

20. Fecha del accidente ___ / ___ / _____ Tipo (*Tránsito, Laboral, Doméstico*): _____

21. Describa el mecanismo de producción: _____

22. El accidente fue ajeno a la voluntad del asegurado? _____

Enumere las lesiones sufridas a consecuencia del mismo _____

23. Sufrió amputaciones o pérdidas orgánicas? SI NO Cuáles? _____

24. Influyó en la producción del accidente, directa o indirectamente, el abuso de drogas, alcohol o la autoagresión? SI NO

LUGAR	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	ACLARACIÓN DE FIRMA
FECHA ___ / ___ / _____		