

Nombre y apellido: Documento: Póliza N°:

Esta declaración debe ser completada de PUÑO Y LETRA por el Médico Asistente. Se deben contestar todos los campos de datos solicitados en LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible.

Declaración del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ E-mail: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Especialidad: _____ Matrícula: _____

Teléfono del consultorio: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

¿Cuáles fueron las principales razones por las cuales Ud. lo atendió y que enfermedades detectó? Indicar fechas y diagnósticos.

¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado? _____

¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (Indique la fecha) _____

¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad? _____

Antecedentes Médicos

¿Adjunta Historia Clínica? Sí No

¿En poder de quién se encuentra? _____

Razón Social: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (_____) _____

Observaciones Adicionales: _____

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Médico

Denuncia de Siniestro Seguros de Personas
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
Invalidez Total/Parcial y Permanente por Accidente

Nombre y apellido:

Documento:

Póliza N°:

Invalidez Total y Permanente por Enfermedad

Fecha/s de inicio de la/s enfermedad/es que origina/ron la incapacidad: _____

Indique que patología tiene la mayor Jerarquía Invalidante: _____

Indique que porcentaje de invalidez (*Baremo de uso: Ley N°24.241-Decreto N°478/98*) _____

Enumere los signos positivos (semiología clínica o psiquiátrica) en que sustenta su Diagnóstico y la ponderación de la incapacidad:

Enumere los estudios complementarios efectuados y los resultados en que respalda sus conclusiones (adjuntar copias):

Desde que fecha aproximadamente presenta dicho grado de invalidez: _____

Patologías Asociadas	Porcentaje de Invalidez (<i>Baremo de uso: Ley 24.241-Decreto 478/98</i>)	Fecha de consolidación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Se agotaron los recursos terapéuticos en las patologías que presenta el afiliado? Sí No

Según su opinión, ¿qué tratamientos faltaron efectuar? _____

Según su opinión, ¿Cuál es el pronóstico luego de la implementación de los mismos? _____

Indique si influyó en la enfermedad o accidente, directa o indirectamente.

el abuso de drogas, alcohol o psicofármacos el desempeño de su actividad laboral la práctica de algún deporte autoagresión

Explique: _____

La sumatoria de incapacidades (método de la capacidad restante), en la actualidad, según su opinión constituyen:

Incapacidad total y permanente: _____ % Incapacidad parcial y permanente: _____ %

Incapacidad total y provisoria: _____ % Incapacidad parcial y provisoria: _____ %

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Médico _____

Denuncia de Siniestro Seguros de Personas
Invalidez Total y Permanente por Enfermedad
Invalidez Total/Parcial y Permanente por Accidente

Nombre y apellido: _____ Documento: _____ Póliza N°: _____

Invalidez Total/Parcial y Permanente por Accidente

Fecha del accidente: _____ Tipo: De tránsito Laboral Doméstico

Describa el mecanismo de producción: _____

¿El accidente fue ajeno a la voluntad del Asegurado? Sí No

¿Requirió internación? Sí No Fecha de ingreso: _____ Fecha de egreso: _____

¿En que institución? _____

Enumere las lesiones sufridas: _____

Dichas lesiones ¿fueron consecuencia directa del accidente? Sí No Explique: _____

Enumere los estudios efectuados: _____

Enumere los tratamientos instituidos: _____

¿Concluyó los mismos? Sí No ¿Debe continuarlos? Sí No ¿En que fecha? _____

¿Cuáles? _____

¿Se dió de alta? Sí No Curó: Sin secuelas Con secuelas ¿Cuáles? _____

¿Sufrió amputaciones o pérdidas orgánicas? Sí No ¿Cuáles? _____

¿Qué porcentaje de invalidez corresponde a las secuelas? (Baremo de uso: Ley 24.241-Decreto 478/98) _____

Indique si influyó en la enfermedad o accidente, directa o indirectamente.

el abuso de drogas, alcohol o psicofármacos el desempeño de su actividad laboral la práctica de algún deporte autoagresión

Explique: _____

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, 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. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____

Firma y Aclaración del Médico