

## 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

---

---

13. En caso de que haya recuperado la aptitud laboral, desde cuándo lo hizo? \_\_\_\_\_

**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  FECHA ___ / ___ / _____	FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	ACLARACIÓN DE FIRMA
--------------------------------------	--------------------------	---------------------