

Póliza N°: \_\_\_\_\_ Fecha de ocurrencia: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora de ocurrencia: \_\_\_ :

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: \_\_\_\_\_

N° de Matrícula Nacional: \_\_\_\_\_ N° de Matrícula Provincial: \_\_\_\_\_

**Declaración del Médico Asistente**

1. Desde qué fecha asistía al paciente? \_\_\_\_\_

2. Diagnóstico y status actual de la afección: \_\_\_\_\_

3. ¿Conoce usted que el paciente se haya encontrado con incapacidad laboral? Desde cuándo \_\_\_\_\_

4. ¿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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Qué tipo de estudios le practicó o conoce usted que le hayan sido practicados? Por favor adjúntelos si están en su poder? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. 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

---

"TOMO EN CONOCIMIENTO QUE COLÓN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. SE ENCUENTRA FACULTADA A REQUERIRME TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS LEGALES, Y LAS RELACIONADAS CON EL LAVADO DE DINERO (LEY 25.246, RESOLUCIÓN 126/2023 UIF Y COMPLEMENTARIAS), COMPROMETIÉNDOME A SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS INFORMATIVOS QUE A ESTOS EFECTOS ME FUEREN SOLICITADOS. DECLARÓ BAJO JURAMENTO QUE LOS FONDOS QUE UTILIZÓ/UTILIZARÉ EN LA OPERATORIA RELACIONADA CON EL PRESENTE SEGURO PROVIENEN DE ACTIVIDADES LÍCITAS RELACIONADAS CON MI ACTIVIDAD DECLARADA. ASIMISMO, ME COMPROMETO A INFORMAR A ESTA COMPAÑÍA EN CASO DE SER FUNCIONARIO PÚBLICO (PEPS), NACIONAL O EXTRANJERO, COMO TAMBIÉN SI TUVIERA ALGÚN FAMILIAR QUE REVISTIERA TAL CARÁCTER; CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS PREVISTOS EN LA RES. 35/2023 DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA (UIF). PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTA NORMATIVA, PUEDE CONSULTAR NUESTRA PÁGINA WEB COLON.SEG.AR O CONTACTARSE CON NUESTRO CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE."

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