

DECLARACIÓN RELATIVA
A LA INCAPACIDAD (Contratante - Asegurado -Médico Asistente)

1. Información que suministra el contratante Póliza

Nº: Certificado Nº: Capital asegurado:

Nombre/s y apellido/s completos del Asegurado: Fecha de nacimiento:

Empleado desde: ¿En qué cargo?

Fecha en que concurrió por última vez al trabajo:

Fecha en la que fue dado de baja de su empleo:

¿El accidente que motivó su incapacidad fue ocasionado mientras estaba trabajando? ¿Cuándo SI NO

y dónde ocurrió el accidente?

Firma y sello del principal: Lugar y fecha:

2. Información que suministra el asegurado Nombre/s y apellido/s completos del asegurado:

Dirección: Localidad: C.P:

Provincia: Edad: Sexo: F M

Estado civil: Nacionalidad: Tel:

DNI: E-mail:

Naturaleza de la actual lesión:

¿En que fecha empezó su incapacidad total por esta lesión que lo ha imposibilitado completamente para el trabajo?

¿Desde que época se ha empleado ud. en alguna ocupación o negocio? En caso afirmativo, dar detalles:

¿En que fecha fue ud. atendido por primera vez por un médico? Indique todos los médicos que le asistieron desde el principio de esta incapacidad:

¿Ha estado ud. recluso en su casa por esta lesión? En caso afirmativo, indique cuanto tiempo:

Si no ha estado recluso en su casa ¿por qué está ud. incapacitado para trabajar?

Teniendo en cuenta que su incapacidad se debe a algún accidente conteste a las siguientes preguntas:

a. ¿Trabajaba ud. cuando ocurrió el accidente?

b. ¿Cuándo y dónde ocurrió el accidente?

c. Describa el accidente detalladamente:

d. ¿Está tramitando o le fue acordada su jubilación por incapacidad? ¿En que fecha?

Firma del asegurado:

Lugar y fecha:

3. Certificado del médico asistente

Nota: este certificado debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo. No debe ser llenado por ningún médico examinador de la compañía que esté como médico particular del enfermo.

1.Nombre completo del paciente:

2.¿Cuál es la naturaleza de la lesión que causó la actual incapacidad del asegurado?

3. ¿En que fecha ocurrió el accidente que causó la actual incapacidad del asegurado? (día / mes / año):

4. ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones?

5. ¿Qué exámenes se realizaron?

6. ¿Cuál fue el tratamiento?

7. ¿En qué fecha el asegurado consultó al médico por primera vez? (día / mes / año):

8. ¿Dónde recibió atención médica por primera vez el asegurado?

☐

Domicilio

☐

Consultorio

☐

Trabajo

9. ¿En que fecha recibió el asegurado atención médica por última vez o se le practicó la última cura?

10. ¿Cuántas veces o con qué frecuencia fue tratado durante ese período?

11. ¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en la casa?

12. ¿Permanece aún en cama y/o en casa? SI ☐ NO ☐

13. De no guardar cama y/o reposo: ¿Por qué no reasume sus tareas, aunque sea parcialmente?

14. ¿Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales?

15. ¿Requiere el estado del asegurado seguir tratamiento médico, guardar cama o permanecer en casa?

SI ☐ NO ☐

16. En caso afirmativo: ¿por qué causas?

17. ¿Está el asegurado en este momento totalmente incapacitado para ejercer cualquier trabajo y ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad? SI ☐ NO ☐

18. En caso afirmativo: ¿Desde cuándo quedó imposibilitado? (día / mes / año)

19. ¿Durante cuánto tiempo cree ud. que quedará incapacitado?

20. Si está parcialmente incapacitado, ¿qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora ud. dicha incapacidad?

21. ¿Podrá el asegurado ser tratado adecuadamente si retorna parcialmente al trabajo?

SI ☐ NO ☐

22. En caso negativo: ¿por qué motivos?

23. Con su estado actual, ¿qué tareas podría ejercer (por cuenta propia y/o en relación de dependencia)?

24. ¿Está ud. convencido que la invalidez será total y permanente de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa? SI ☐ NO ☐

25. En caso afirmativo: ¿Por qué motivos?

26. Sírvase indicar nombre y dirección de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al asegurado

Doctor:

Domicilio:

Doctor:

Domicilio:

Observaciones del médico:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre del médico:

Firma:

.....

Domicilio: Teléfono:

Matrícula:

.....

Lugar y fecha:

E-mail:

.....

.....