

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