

**Seguro de Vida Colectivo y Grupal  
 Anexo Formulario Invalidez Total y Permanente**

<b>Póliza N°:</b>	<b>Certificado N°:</b>
-------------------	------------------------

**Todas las preguntas deben ser contestadas en forma clara y completa**

<b>Datos del médico de cabecera del Asegurado</b>	
Apellido y Nombre:	
Domicilio:	
Teléfono:	

<b>Detalles de la invalidez que diera origen al reclamo</b>	
Fecha de la primera manifestación invalidante:	
Fecha de diagnóstico de la invalidez por el médico tratante:	
En caso en que la misma se originara por accidente, fecha de accidente:	
Diagnóstico:	
Tratamientos seguidos:	

<b>Datos del Profesional tratante de la invalidez</b>	
Apellido y Nombre:	
Número de Matrícula Provincial:	Número de Matrícula Nacional:
Tipo y Número de Documento:	Teléfono:
Domicilio:	

<b>Documentación Médica a presentar</b>

**Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa. Otorgo mi autorización y consentimiento a la Compañía a efectos de recabar información de cualquier profesional médico que alguna vez hubiere atendido o asistido al Asegurado que se identifica en la presente denuncia de siniestro. Asimismo, por la presente autorizo a los citados profesionales la entrega de dicha información.**

<b>Lugar y Fecha de Emisión</b>

<b>Firma del Denunciante - Aclaración</b>

<b>Para ser completado por el profesional tratante</b>	
Por la presente certifico que desde el día ___/___/___ he atendido y tratado al paciente _____ _____ LE / LC / DNI / CI N°: _____ por la afección cuya descripción se detalla a continuación.	
Indique si la invalidez total del asegurado estima tendrá carácter permanente o temporario:	
Porcentaje de invalidez total y permanente estimado:	
Diagnóstico / tratamientos seguidos / Datos relevantes de la Historia Clínica:	
Fecha estimada de inicio de la invalidez:	Fecha de la primera manifestación invalidante:
Fecha en que el Asegurado tomó conocimiento de la misma:	
Otros comentarios que considere de interés:	

**Declaro a mi mejor saber y entender que toda la información brindada resulta verídica y completa.**

<b>Lugar y Fecha de Emisión</b>

<b>Firma y sello del Profesional</b>