

## Seguro de Vida Colectivo y Grupal

### Anexo Formulario Declaración relativa al accidente

Todas las preguntas deberán ser contestadas en forma clara y completa.

Información suministrada por el asegurado									
Póliza:			Certificado:			Importe del seguro:			
Apellido y Nombre:									
Tipo y N° Documento:						C.U.I. L:			
Domicilio:								N°:	
Piso:	Dpto.:	Mza:	Block:	Lote:	Barrio:				
Localidad:				Provincia:			CP:		
Edad:			Sexo:			Estado civil:			
Teléfono:					E-mail:				
Naturaleza de la lesión:									
¿En qué fecha fue Ud. atendido por primera vez por un médico a consecuencia del accidente?:									
Indique todos los médicos que le asistieron desde el principio de esta incapacidad.:									
¿Ha estado Ud. recluido en su casa por esta enfermedad o lesión? En caso afirmativo, ¿Por cuánto tiempo?:									
¿Trabajaba Ud. cuando ocurrió el accidente?:									
¿Cuándo y dónde ocurrió el accidente?:									
Describir el accidente detalladamente:									

Lugar y Fecha:
----------------

<b>Firma del Empleado</b>

**Certificado del médico tratante**

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 actuando como médico particular del enfermo.

Apellido y Nombre del paciente:

¿En qué fecha fue Ud. consultado respecto de la lesión o enfermedad descrita en el anverso del presente?:

¿En qué fecha practicó Ud. la última curación?:

¿Durante qué período y cuántas veces lo visitó Ud. en su casa por lesión o enfermedad?:

Desde que fecha:

Número de visitas a la casa:

Sírvase indicar la naturaleza de la lesión o enfermedad que originó la incapacidad y de su diagnóstico definitivo:

¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones o síntomas?:

Sírvase indicar los principales síntomas, secuelas o taras actuales:

Si no está recluido en su casa, ¿Por qué no puede reanudar su trabajo total o parcialmente?:

¿Está el solicitante totalmente incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo, ocupación o negocio?:

Si está completamente incapacitado en la actualidad, ¿Será permanente tal incapacidad?:

Si la incapacidad no es permanente o definitiva, ¿Durante cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado?:

¿Puede tratarse favorablemente su dolencia mientras permanece en el trabajo, aunque sea parcialmente? Si no, exprese razones:

Apellido y Nombre del médico:

Graduado en la Universidad de:

Año:

Domicilio:

Teléfono:

Email:

Lugar y Fecha:

**Sello y firma del Médico**