

ANEXO FORMULARIO INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

PÓLIZA N°:

CERTIFICADO N°:

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO:

TELÉFONO:

DETALLES DE LA INVALIDEZ QUE DIERA ORIGEN AL RECLAMO

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:

DATOS DEL PROFESIONAL TRATANTE DE LA INVALIDEZ

APELLIDO Y NOMBRES:

N° DE MATRÍCULA PROVINCIAL:

N° DE MATRÍCULA NACIONAL:

TIPO Y N° DE DOCUMENTO:

TELÉFONO:

DOMICILIO:

DOCUMENTACIÓN MÉDICA A PRESENTAR

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.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

FIRMA DEL DENUNCIANTE - ACLARACIÓN

ANEXO FORMULARIO INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE

PARA SER COMPLETADO POR EL PROFESIONAL TRATANTE

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.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL