

# ANEXO FORMULARIO DECLARACIÓN RELATIVA AL ACCIDENTE

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA

## INFORMACIÓN SUMINISTRADA POR EL ASEGURADO

PÓLIZA N°: \_\_\_\_\_ CERTIFICADO N°: \_\_\_\_\_ IMPORTE DEL SEGURO: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO: \_\_\_\_\_

TIPO Y N° DE 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 LESION? EN CASO AFIRMATIVO, ¿POR CUÁNTO TIEMPO?:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TRABAJABA USTED CUÁNDO OCURRIÓ EL ACCIDENTE? :

\_\_\_\_\_

¿CUÁNDO Y DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE? :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DESCRIBIR EL ACCIDENTE DETALLADAMENTE:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA:

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL EMPLEADO

ACLARACIÓN DE FIRMA

# ANEXO FORMULARIO DECLARACIÓN RELATIVA AL ACCIDENTE

## CERTIFICADO DEL MÉDICO TRATANTE

**NOTA:** ESTE CERTIFICADO DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO QUE ACTUAL MENTE 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 QUE FECHA FUE UD. CONSULTADO RESPECTO DE LA LESIÓN O ENFERMEDAD DESCRITA EN EL ANVERSO DEL PRESENTE? :

¿EN QUE FECHA PRACTICÓ UD. LA ÚLTIMA CURACIÓN? :

¿DURANTE QUÉ PERIODO 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:

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO:

GRADUADO EN LA UNIVERSIDAD DE:

AÑO:

DOMICILIO:

TÉLEFONO:

E-MAIL:

LUGAR Y FECHA

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO