

Lugar y Fecha: _____

Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra con claridad por el médico que asistió al asegurado durante la enfermedad que determina la incapacidad peticionada (se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible las preguntas).

1. Apellido, nombre y documento del Asegurado:	_____
2. ¿Desde qué fecha lo conoce? :	_____
3. Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física:	Edad: _____ Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Kg. Rasgos distintivos: _____
4. ¿Desde cuándo conlleva la incapacidad? (Indique la fecha más aproximada posible):	_____
5. ¿Es usted su médico asistente? En caso afirmativo, ¿Desde qué fecha?:	_____
6.a ¿Cuándo comenzó a asistirlo por la incapacidad que se reclama? (Precisar la fecha según historia clínica)	_____
.b ¿Cuáles fueron los primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a Ud.?	_____
.c ¿Podría detallar los tratamientos que prescribió con motivo de su enfermedad incapacitante?	_____
.d ¿Padeció el asegurado complicaciones o interurrencias en su patología incapacitante? Le rogamos detallarlas.	_____
.e ¿Estuvo el asegurado internado, a raíz de su enfermedad incapacitante, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos 5 años? Le rogamos nos precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.	_____
7.a ¿El grado de incapacidad del asegurado, es total o parcial? En caso de ser parcial indique el porcentaje (%).	_____
.b ¿Es total o permanente?	_____
.c ¿Necesita tratamientos y/o rehabilitación? (en caso afirmativo solicitamos que nos detalle qué tratamiento/rehabilitación se le indicó al asegurado)	_____

8. Indique dolencias y/o pérdidas físicas que determinaron la incapacidad mencionada en el ítem 7.

Advertencias especiales:

- a) No se considera incapacidad por el mero hecho que el médico diga que está incapacitado. Es necesario presentar el certificado de discapacidad constatado por la Junta Médica.
- b) El asegurado tiene que ser incapaz de realizar un trabajo sustancial debido a su(s) padecimiento(s).
- c) Este cuestionario no implica reconocimiento por parte de la Compañía de la obligación de abonar el monto asegurado y por lo tanto se reserva de las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el asegurado o el beneficiario.
- d) Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyera necesario, la compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al asegurado durante los dos últimos años.
- e) Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Cía. el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario.

OBSERVACIONES ADICIONALES

DATOS DEL MÉDICO

Nombre y apellido del médico tratante informante: _____ Especialidad: _____
Domicilio del consultorio: _____ Teléfono: _____
Días y Horarios de consulta: _____ Teléfono Celular: _____
Tipo y Número de Documento: DNI LE LC CI Otro _____ Email: _____

Firma y Sello: _____