

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: _____