



FICHA MÉDICA

INCAPACIDAD TOTAL O PARCIAL

Datos personales a completar

SECCIÓN 1- Datos del titular de la cobertura

NOMBRE Y APELLIDO
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

NÚMERO DE SINIESTRO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

SECCIÓN 2 - Declaración del asegurado

OCUPACIÓN

ÚLTIMO DÍA
TRABAJADO

BREVE DESCRIPCIÓN DE TUS TAREAS Y RESPONSABILIDADES

INDICÁ DE QUE MANERA LA INCAPACIDAD TE IMPIDE DESARROLLAR TU ACTIVIDAD LABORAL

SECCIÓN 3- Declaración del médico

APELLIDO y NOMBRE DEL PACIENTE:

DESCRIBA LA ENFERMEDAD O LA LESIÓN QUE OCASIONO LA INCAPACIDAD:

¿HA SUFRIDO EL PACIENTE ALGUNA VEZ
DE OTRA CONDICIÓN IGUAL O SIMILAR?:

SÍ

No

SI LA RESPUESTA ES SÍ,
INDIQUE LA CONDICIÓN:

¿CUÁNDO APARECIERON LOS SÍNTOMAS
POR PRIMERA VEZ U OCURRIÓ EL ACCIDENTE?

INDIQUE LAS FECHAS EN QUE EL PACIENTE RECIBIO TRATAMIENTO DESDE EL COMIENZO DE LA CONDICIÓN:

INDIQUE LAS FECHAS EXACTAS EN QUE QUEDO TOTALMENTE INCAPACITADO (PARA TRABAJAR): DESDE

HASTA

¿ESTA TODAVIA EL PACIENTE BAJO SU TRATAMIENTO?:

SÍ

FECHA ESTIMADA EN QUE EL PACIENTE REGRESARA AL TRABAJO

No

FECHA EN QUE SE DIO DE ALTA AL PACIENTE PARA REGRESAR A SU TRABAJO

Certifico por este medio que la información anterior se basa en probabilidades médicas razonables y que a mi entender la misma es verdadera y correcta.

APELLIDO Y NOMBRE
DEL PROFESIONAL

MATRICULA PROFESIONAL N.º

DIRECCIÓN DE
CORREO ELECTRÓNICO

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

FECHA

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 11/2011, N° 52/2012, N° 28/2018, N° 134/2018 y N° 15/2019 de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer los requisitos de información que le/s será/n requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación "

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA