



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 adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 126/2023 y N° 35/2023 y sus modificatorias 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. De conformidad con las disposiciones de la Ley N° 25.326 y demás disposiciones complementarias, la entidad aseguradora informa al solicitante que los datos provistos serán incluidos en una base de datos de su titularidad, con la finalidad de cumplir con la normativa vigente. El suministro de su información personal es voluntario, pero en caso de que decida no hacerlo, no podrá hacer uso de los servicios de la Entidad Aseguradora. La información personal podrá ser compartida con terceros que brinden servicios de: (i) manejo electrónico de datos; y/o (ii) servicios relacionados con el objeto de la presente solicitud, tales como encuestas de calidad, entre otros. Autorizo el tratamiento de mi información personal con los fines y las formas descriptas en la Ficha Médica. Para más información consulte nuestro Aviso de privacidad en www.assurant.com.ar/product-privacy-notice

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA