

## Declaración de Siniestro - SIN05

Por favor, completar con letra de imprenta

### INVALIDEZ - DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Este formulario debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al asegurado.

Nombre completo del Asegurado: .....

¿Desde cuando conoce al Asegurado? (indique) Día:..... Mes:..... Año:.....

¿Cuál es la enfermedad o lesión que causó la actual incapacidad del Asegurado?

¿En que fecha ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad del asegurado? Día:..... Mes:..... Año:.....

¿En que fecha concurrió el Asegurado a trabajar por última vez?

¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones?

¿Qué exámenes le realizaron?

¿Cuál fue el tratamiento?

¿En que fecha el Asegurado consultó al médico por primera vez? (Indique) Día:..... Mes:..... Año:.....

¿Dónde recibió atención médica por primera vez el Asegurado? ..Indicar: Domicilio  Consultorio  Trabajo  Vía Pública  Otro  .....

¿En que fecha recibió el Asegurado atención médica por última vez o se le practicó la última cura? (Indique) Día:..... Mes:..... Año:.....

¿Cuántas veces o con que frecuencia fue tratado durante ese periodo? .....

¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en la casa? (Indique) .....día/s , .....mes/es, ..... año/s

¿Permanece aún en cama y/o en casa? Si  No

¿De no guardar cama y/o reposo: ¿Por qué no resume sus tareas, aunque sea parcialmente? .....

¿Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales? .....

¿Requiere el estado del Asegurado seguir tratamiento médico, guardar cama o permanecer en casa? (en caso afirmativo explique por qué causas) Si..... No.....

¿Está el Asegurado en este momento totalmente incapacitado para ejercer cualquier trabajo y ocupación remunerativa a consecuencia de su

Incapacidad? Si ..... No ..... (en caso afirmativo indique desde que fecha) día:..... mes:..... año:.....

¿Durante cuando tiempo cree usted que quedará incapacitado?

Si está parcialmente incapacitado, ¿Qué secuelas presenta y en que porcentaje valora usted dicha incapacidad?

¿Podrá el Asegurado ser tratado adecuadamente si retorna parcialmente al trabajo? (en caso negativo indique por qué motivos)

¿Está usted convencido que la invalidez será total y permanente de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa? Si  No

En caso afirmativo ¿por qué motivos?

Sírvase indicar nombre y dirección de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado.

Doctor: Doctor:

Domicilio: Domicilio:

Firma del Médico: E-mail::

Aclaración: Teléfono: .....

Matrícula: Lugar y fecha: