

INFORME MÉDICO SOBRE INCAPACIDAD

PÓLIZA N° _____

CERTIFICADO N° _____

ASEGURADO _____

DOMICILIO _____

TIPO DOC. _____ NÚMERO _____ TELÉFONO _____

1. SI LA INCAPACIDAD FUE POR ENFERMEDAD:

- a) ¿En qué fecha comenzó? _____
- b) ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones? _____

- c) Fecha en que se lo consultó por primera vez por dicha enfermedad _____
- d) Cuadro clínico actual, con sus principales signos y síntomas _____

- e) Diagnóstico clínico final _____

- f) Nombres y Direcciones de otros médicos que hayan asistido o examinado al asegurado _____

2. SI LA INCAPACIDAD FUE CAUSADA POR ACCIDENTE:

- a) ¿En qué fecha ocurrió? _____
- b) ¿Cómo ocurrió? _____
- c) ¿Qué pérdidas, secuelas o taras le ocasionó al asegurado? _____

3. a) ¿La incapacidad es total? _____

- b) ¿Quedó imposibilitado para ejercer sus tareas habituales? _____ ¿Desde qué fecha? _____
- d) ¿Durante cuánto tiempo estima Ud. que quedará incapacitado? _____
- e) ¿Se encuentra en condiciones psíquicas de administrarse? _____
¿En caso negativo, por qué? (ver transcripción del Código Civil)* _____

(*) Código Civil

ART. N° 141: Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes.

ART. N° 152: Podrá inhabilitarse judicialmente:

Bis 1) A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio.

2) A los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo N° 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio.

Lugar y Fecha _____

Apellido y Nombres del Médico _____

Domicilio _____

FIRMA

MATRÍCULA