

FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO

DECLARACION REFERIDA A LA INCAPACIDAD

Certificado del Médico Tratante

Nombre completo del Asegurado: _____

Documento de identidad: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Nota: Este formulario debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo.

1) Indique fecha de ocurrencia del Accidente o fecha en que inició la enfermedad que causó la actual incapacidad del Asegurado.	____/____/____
2) ¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la actual incapacidad del Asegurado? Describa las causas que originaron el accidente o enfermedad.	
3) ¿En qué fecha concurrió el Asegurado a trabajar por última vez?	____/____/____
4) ¿En qué fecha el Asegurado consultó al médico por primera vez debido a esta afección?	____/____/____
5) ¿Cuáles fueron sus primeros síntomas?	
6) ¿Dónde recibió atención médica el Asegurado por primera vez debido a esta afección?	
7) ¿Qué exámenes se le realizaron?	
8) ¿Cuál fue el tratamiento recibido por el Asegurado?	
9) ¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en reposo?	
10) ¿En qué fecha recibió el Asegurado atención médica por última vez o se le practicó la última curación?	
11) ¿Cuántas veces o con qué frecuencia fue tratado por dicha afección durante ese período?	
12) ¿Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales?	
13) ¿Requiere el estado del Asegurado continuar en tratamiento médico, guardar cama y/o permanecer en reposo? En caso afirmativo ¿por qué causa?	
14) ¿Está el Asegurado en este momento TOTALMENTE INCAPACITADO para ejercer cualquier trabajo u ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad?	

15) En caso afirmativo; ¿desde cuándo quedó incapacitado?	____/____/____
16) ¿Entiende usted que la invalidez será total y permanente de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa? En caso afirmativo; ¿por qué motivos?	
17) Si está PARCIALMENTE INCAPACITADO, ¿qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora usted dicha incapacidad?	
18) ¿Durante cuánto tiempo cree usted que permanecerá incapacitado?	
19) Sírvase indicar el nombre y especialidad de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado.	
Observaciones del Médico u otras informaciones que desee aportar. _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
_____, _____ de _____ de 20____. Lugar y Fecha	
_____ Nombre del Médico	_____ Firma
_____ Domicilio	_____ Matrícula/Número CJPPU