

INFORME MEDICO SOBRE INCAPACIDAD

POLIZA N°

CERTIFICADO N°

ASEGURADO

DOMICILIO

DOCUMENTOS DE IDENTIDAD Tel.

1) SI LA INCAPACIDAD FUE POR ENFERMEDAD:

a) ¿En qué fecha comenzó la misma?

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 el mismo?

b) ¿Cómo ocurrió el accidente?

c) ¿Qué pérdidas, secuelas o taras le ocasionó al asegurado?

3) a) ¿La incapacidad es total? (sí o no)

b) ¿Quedó imposibilitado para ejercer sus tareas habituales? (sí o no) ¿Desde qué fecha?

d) ¿Durante cuánto tiempo estima Ud. que quedará incapacitado?

e) ¿Se encuentra en condiciones psíquicas de administrarse? (sí o no)

¿En caso Negativo, por que? (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

PS N 417/003 - 12-2006

FIRMA

MATRICULA