



A completar por el médico tratante

Fecha: ddmmaaaa

Compañía: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Número de póliza:

1. Nombre del asegurado

2. Fecha de licencia por enfermedad: Fecha de nacimiento:

3. ¿La licencia por enfermedad fue causada por:

- una enfermedad? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- una accidente?

- intento de suicidio? ☐

4. En caso de enfermedad, indique fecha de los primeros síntomas:

d	d	m	m	a	a	a	a
---	---	---	---	---	---	---	---

5. ¿Ha interrumpido el Asegurado previamente su trabajo:

- por la misma razón?

- por alguna otra razón? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En caso afirmativo, indique las fechas de licencias por enfermedad anteriores:

6. Describa en detalle la condición médica exacta del Asegurado:

7. ¿Está recibiendo el Asegurado cuidado continuo o está bajo un tratamiento?

En caso afirmativo, indique desde qué fecha: _____

Si el Asegurado ha estado previamente bajo tratamiento o recibido cuidado médico, indique las fechas:

8. Indique la duración de la discapacidad desde la fecha de la licencia por enfermedad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- total:

- parcial (eventual):

9. ¿Ha retomado el paciente su actividad profesional: ☐ SI ☐ NO ☐ EN PROCESO

- por medio tiempo? Indique la fecha:

- a tiempo completo? | | | | | | | | | | | | | | | Indique la fecha: d|d|m|m|a|a|a|a

10. Conclusiones:

Declaro bajo la más solemne fe del juramento que los datos suministrados anteriormente y contenidos en este cuestionario son verdaderos, correctos y actualizados y que no he omitido ni alterado ninguna información, requerida explícita o implícitamente en este cuestionario. El haber completado y firmado el presente cuestionario no supone la aceptación por parte de la Aseguradora, hasta tanto la misma realice la debida evaluación y aprobación del mismo.

Nombre y dirección del médico tratante

Firma y sello del médico