

**MAPFRE****ARGENTINA**
VIDA**DECLARACIÓN RELATIVA A LA INCAPACIDAD POR ACCIDENTE**

PARA PODER DAR CURSO ES CONDICIÓN RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE FORMULARIO EN FORMA COMPLETA, DETALLADA Y PRECISA, SIN DEJAR NINGUNA SIN CONTESTAR Y ACOMPAÑAR FOTOCOPIA DE HISTORIA CLÍNICA COMPLETA, SUMARIO POLICIAL Y CAUSA PENAL

CONTRATANTE

PÓLIZA Nº

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

ESTA DECLARACIÓN DEBE LLENARSE Y DEVOLVERSE A LA COMPAÑÍA SIN DEMORA ALGUNA, DENTRO DEL PLAZO DE TRES DÍAS DE OCURRIDO EL ACCIDENTE

1) NOMBRE Y APELLIDO.....

2) DOMICILIO

3) LUGAR, FECHA Y HORA DEL ACCIDENTE.....

4) CIRCUNSTANCIAS DEL ACCIDENTE Y SUS CONSECUENCIAS.....

5) ¿SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL? COMISARIA.....

6) TAREAS QUE DESEMPEÑA HABITUALMENTE (detalle).....

7) PARTE DEL CUERPO LESIONADA.....

8) LESIONES SUFRIDAS (Llagas, contusiones, desgarraduras, cortaduras, laceraciones, fracturas, conmociones, etc.) (detalle).

9) NOMBRE DEL MÉDICO O ESTABLECIMIENTO QUE LE PRESTÓ PRIMEROS AUXILIOS.....

10) ¿ESTÁ UD. AHORA COMPLETAMENTE INCAPACITADO PARA DEDICARSE A ALGUNA OCUPACIÓN?.....

11) INDIQUE NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TODOS LOS MÉDICOS QUE LO ASISTEN.....12) ES USTED ZURDO? (INDICAR **SI** ó **NO**)

DECLARO QUE SON SINCERAS Y VERÍDICAS LAS DECLARACIONES PRECEDENTES Y AUTORIZO A MAPFRE ARGENTINA SEGUROS DE VIDA S.A. A SOLICITAR INFORMACIÓN A LOS MÉDICOS QUE ME ASISTEN O ME HAN ASISTIDO.

FECHADO EN..... EL/...../.....

FIRMA DEL ASEGURADO

ACLARACIÓN