

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

PARA PODER DAR CURSO, ES CONDICIÓN RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS EN FORMA COMPLETA, DETALLADA Y PRECISA, SIN DEJAR NINGUNA SIN CONTESTAR.

1) INFORMACIÓN QUE SUMINISTRARÁ EL TOMADOR

PÓLIZA N°:.....CERTIFICADO N°:.....	CAPITAL ASEGURADO VIGENTE A LA FECHA DE INICIO DE LA INCAPACIDAD:
NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO...../...../.....
FECHA EN QUE CUMPLIÓ POR ÚLTIMA VEZ UNA JORNADA COMPLETA DE TRABAJO...../...../.....	
EMPLEADO DESDE EL.....DE.....DE.....	¿EN QUÉ CARGO?.....
¿CUÁL ERA SU REMUNERACIÓN MENSUAL AL QUEDAR INCAPACITADO?	
¿FUE LA INCAPACIDAD DEBIDA A UN ACCIDENTE MIENTRAS ESTABA EMPLEADO?	
ESTUVO ENFERMO ANTES DE QUEDAR INCAPACITADO? (INDICAR SI ó NO)	
EN CASO AFIRMATIVO, <u>INDICAR LAS FECHAS E INASISTENCIAS</u>	
OBSERVACIONES	
FECHADO EN EL/...../..... FIRMA Y SELLO DEL TOMADOR.....	

2) INFORMACIÓN QUE SUMINISTRARÁ EL EMPLEADO

NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS.....	
FECHA DE NACIMIENTO:/...../.....	EDAD ----- ESTADO CIVIL:
DOMICILIO: CALLE N° LOCALIDAD COD.POSTAL: PROVINCIA	
NATURALEZA DE LA ACTUAL ENFERMEDAD O LESIÓN	
¿EN QUÉ FECHA QUEDÓ INCAPACITADO POR ESTA ENFERMEDAD O LESIÓN QUE LO HA IMPOSIBILITADO COMPLETAMENTE PARA TODO TIPO DE TRABAJO?	
¿DESDE ESA EPOCA SE HA EMPLEADO UD. EN ALGUNA OCUPACIÓN O NEGOCIO? <u>EN CASO AFIRMATIVO</u> DAR DETALLES	
¿EN QUÉ FECHA FUE UD. ATENDIDO POR PRIMERA VEZ POR UN MÉDICO?	
INDIQUE TODOS LOS MEDICOS QUE LO ATENDIERON DESDE EL PRINCIPIO DE ESTA INCAPACIDAD (NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELÉFONO)	
¿HA ESTADO UD. RECLUIDO EN SU CASA POR ESTA ENFERMEDAD O LESIÓN? ¿DESDE CUÁNDO? ¿POR CUÁNTO TIEMPO?	
SI NO HA ESTADO RECLUIDO EN SU CASA ¿POR QUE ESTÁ UD. INCAPACITADO PARA TRABAJAR?	
¿ESTÁ UD. AHORA COMPLETAMENTE INCAPACITADO PARA DEDICARSE A ALGUNA OCUPACIÓN?	
SI SU INCAPACIDAD SE DEBE A UN ACCIDENTE:	
1) ¿OCURRIÓ EN EL LUGAR Y EN HORAS DE TRABAJO?	
2) CUÁNDO Y DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE?	
3) DESCRIBA EL ACCIDENTE <u>DETALLADAMENTE</u>	
Por medio de la presente autorizo a MAPFRE Argentina Seguros de Vida S.A. a solicitar información a los médicos que me asisten ó me han asistido.	
FECHADO EN.....EL/...../.....	FIRMA DEL EMPLEADO.....

ESTA COMUNICACIÓN DEBERÁ SER ACOMPAÑADA ADEMÁS DEL CERTIFICADO DEL MÉDICO ASISTENTE, POR LA COPIA COMPLETA DE LA HISTORIA CLÍNICA Y LOS DOS ÚLTIMOS RECIBOS DE SUELDO.