

# Informe del Médico

en caso de Invalidez por Accidente

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asiste a la persona Asegurada en caso de Invalidez. Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

## Datos del Asegurado

Número de póliza: .....

Documento tipo:  LE  LC  DNI N° .....

Nombre y Apellido: .....

Domicilio - Calle: ..... N° ..... Piso: ..... Depto.: ..... Torre: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... Código Postal: .....

Fecha de nacimiento: ...../...../..... Lugar de nacimiento: .....

Estado civil: ..... Ocupación: .....

## Datos sobre la invalidez

Diagnóstico médico por la invalidez que padece el asegurado. ....

.....  
.....  
.....

Indicar antecedentes, el estado actual, y pronóstico. ....

.....  
.....  
.....

¿Cuándo fue Ud. Consultado por primera vez en relación a la invalidez? .....

¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos o subjetivos que motivaron al Asegurado a consultarlo? .....

.....  
.....  
.....

¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado? ¿Qué especialidad tiene? .....

.....  
.....  
.....

Indicar a su criterio si la invalidez es de carácter permanente o temporal. Si es de carácter temporal, favor de indicar la fecha probable del alta médica.

Detalle los tratamientos quirúrgicos o ambulatorios indicados y estudios y medicación que les prescribió al paciente con motivo de su invalidez.

.....  
.....  
.....

¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si lo hace? .....

.....  
.....  
.....

# Informe del Médico

En caso de Invalidez por Accidente.

¿Actualmente está en rehabilitación? Indicar nombre, apellido, dirección y teléfono del profesional encargado de la misma.

¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar conectado con la invalidez que padece?

¿Qué limitaciones físicas y neurológicas tiene el Asegurado en la actualidad?

¿Qué porcentaje (¿%) de invalidez según el baremo vigente presenta el Asegurado?

En el caso de cirugía, le rogamos indique detalles en cuanto a la intervención efectuada o a efectuar y su respectivo código del NN:

**Sería de gran ayuda si Ud. nos pudiera entregar informes de hospital, valoración de ECG, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que Ud. pudiera tener.**

**Declaro que lo expresado por mí en este Informe es exacto y completo, según mi saber y entender.**

Nombre y Apellido del médico: .....

Matricula: .....

Domicilio del consultorio: .....

Domicilio particular: .....

Teléfono: .....

Lugar y fecha: ..... / ..... / .....

Firma, aclaración y sello del Médico

Envíanos esta documentación a Supervielle Seguros S.A.:  
Por mail: [denunciasinuestros@supervielleseguros.com](mailto:denunciasinuestros@supervielleseguros.com)  
Centro de Atención Telefónica: 0800 345 1599  
**de lunes a viernes de 9 a 21 hs.**

