



**IMPORTANTE:** La correcta y total cumplimentación del presente formulario, que deberá remitirse al **Instituto de Salta** con original del testimonio de defunción, evitará consultas posteriores y acelerará la liquidación del siniestro.

Apellido y nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

1. ¿En qué fecha se produjo el accidente que originó la incapacidad del asegurado? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2. Estado actual del asegurado: \_\_\_\_\_

a) Sintomatología subjetiva:

.....  
.....

b) Síntomas objetivos o signos constatados en el examen clínico:

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

3. Indique diagnóstico:

\_\_\_\_\_

4. Indique si existen posibilidades de mejoría o curación:  Si  No

En caso afirmativo, indique período de recuperación: \_\_\_\_\_

5. Nombre, apellido y dirección de los médicos que atendieron o atienden al asegurado:

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

6. Marque el grado de incapacidad del asegurado:

a)  Total  Parcial

b)  Permanente  Transitoria

c) Porcentaje de incapacidad: \_\_\_\_ %

7. ¿Desde qué fecha se encuentra incapacitado de tal forma? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

8. Observaciones:

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

Firma y sello del médico: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Tel./Cel.: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_