



## FICHA MÉDICA

### ACCIDENTES PERSONALES : Incapacidad Parcial y Permanente- Desmembramiento

#### Datos personales a completar

##### SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cuenta

NOMBRE Y APELLIDO  
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

NÚMERO DE SINIESTRO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO  
DEL DENUNCIANTE:

##### SECCIÓN 2 - Declaración del médico

Apellido y Nombre del Asegurado:

Lugar del accidente:

Fecha del accidente:

Hora:

Circunstancias en que se produjo

¿Influyó de modo especial, directa o indirectamente el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o residencia del asegurado en el accidente?

Indicar las lesiones sufridas:

¿Considera que las lesiones ocasionadas son permanentes o irreversibles? ☐ SÍ ☐ NO

¿Sufrió amputación o inhabilitación funcional total de algún miembro? ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, Cual ?

En qué Porcentaje? (%)

Observaciones.

*Certifico por este medio que la información anterior se basa en probabilidades médicas razonables y que a mi entender la misma es verdadera y correcta.*

APELLIDO Y NOMBRE  
DEL PROFESIONAL

MATRÍCULA PROFESIONAL N.º

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

FECHA

*El/los contratantes y/o beneficiario/s adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 126/2023 y N° 35/2023 y sus modificatorias de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer los requisitos de información que le/s serán requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación. De conformidad con las disposiciones de la Ley N° 25.326 y demás disposiciones complementarias, la entidad aseguradora informa al solicitante que los datos provistos serán incluidos en una base de datos de su titularidad, con la finalidad de cumplir con la normativa vigente. El suministro de su información personal es voluntario, pero en caso de que decida no hacerlo, no podrá hacer uso de los servicios de la Entidad Aseguradora. La información personal podrá ser compartida con terceros que brinden servicios de: (i) manejo electrónico de datos; y/o (ii) servicios relacionados con el objeto de la presente solicitud, tales como encuestas de calidad, entre otros. Autorizo el tratamiento de mi información personal con los fines y las formas descriptas en la Ficha Médica. Para más información consulte nuestro Aviso de privacidad en [www.assurant.com.ar/product-privacy-notice](http://www.assurant.com.ar/product-privacy-notice)*

##### SECCIÓN 3 - Datos del denunciante

NOMBRE Y APELLIDO  
DEL DENUNCIANTE:

NÚMERO DE DNI:

CORREO ELECTRÓNICO:

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO:

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA