

Declaración Relativa a la Incapacidad. Certificado del Médico Asistente.



MetLife Seguros S.A.

! Nota: Este formulario debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo, no debe ser llenado por ningún médico examinador de la Compañía que esté actuando como médico particular del enfermo.

1. Nombre completo del paciente

2. ¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la actual incapacidad del Asegurado?

3. ¿En qué fecha ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad del Asegurado?

4. ¿En la fecha concurrió el Asegurado a trabajar por última vez?

5. ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones?

6. ¿Qué exámenes se realizaron?

7. ¿Cuál fue el tratamiento?

8. ¿En qué fecha el Asegurado consultó al médico por primera vez?

9. ¿Dónde recibió atención médica por primera vez el Asegurado?

10. ¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en la casa?

11. ¿Permanece aún en cama y/o en casa?

12. De no guardar cama y/o reposo; ¿por qué no reanuda sus tareas, aunque sea parcialmente?

13. ¿Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales?

14. ¿Requiere el estado del Asegurado seguir tratamiento médico, guardar cama o permanecer en casa?

15. En caso afirmativo; ¿por qué causa?

16. ¿Está el Asegurado en este momento **TOTALMENTE INCAPACITADO** para ejercer cualquier trabajo u ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad?

17. En caso afirmativo; ¿desde cuándo quedó incapacitado?

18. ¿Durante cuánto tiempo cree usted que quedará incapacitado?

19. Si está parcialmente incapacitado, ¿qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora usted dicha incapacidad?

20. ¿Podrá el Asegurado ser tratado adecuadamente si retorna parcialmente al trabajo?

21. En caso negativo; ¿por qué motivos?

22. Con su estado actual; ¿qué tareas podría ejercer (por cuenta propia y/o en relación de dependencia)?

23. ¿Está usted convencido que la invalidez será total y permanente de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa?

24. En caso afirmativo; ¿por qué motivos?

25. Sírvase indicar el nombre y dirección de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado.

Observaciones adicionales

DATOS PERSONALES: En mi carácter de médico asistente del paciente cuyos datos se consignan en este documento, declaro que he obtenido el consentimiento del titular para informar a MetLife Seguros S.A. los datos personales que aquí se informan, con la finalidad de que sean incorporados a la base de datos de MetLife Seguros S.A. para cualquier fin vinculado con la administración del seguro del titular de los datos personales. En todos los casos MetLife Seguros S.A. adoptará las medidas necesarias para proteger la integridad y seguridad de los datos, y evitar su alteración, pérdida, acceso y/o tratamiento no autorizado por terceros.

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

Nombres

Apellidos

C.I.

Domicilio del Consultorio

Teléfono

Domicilio Particular

Celular

Firmas

Firme
Aquí

Sello

Nº de Registro

Especialidad

Lugar

Fecha (dd/mm/aa)

Vías de contacto

Dirección:

Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.

Email:

atencion.clientes@metlife.com.uy

Por Consultas:

0800 2700