

## Prueba De Discapacidad Total

**Declaración del empleador**      **Adjunte: Fotocopia de la tarjeta de inscripción del empleado o prueba de inscripción**

Titular del certificado	
Fecha de comienzo de la cobertura	
Monto del seguro      \$	Monto de la reclamación      \$
Fecha	A los      Días de      20

Firma      Cargo oficial      Número telefónico/correo electrónico

**Declaración del Reclamante**      **Adjunte: Declaración completa del medico**

Detalles del accidente o enfermedad  
(de resultar aplicable)

Fecha/Hora del Accidente	Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	El accidente ocurrió mientras estaba en funciones: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Consigne los detalles del accidente o de la enfermedad					
En qué fecha le trato un medico por primera vez?					El inicio de la discapacidad
El reclamante alguna vez padeció la misma afección o afección similar?					En caso de responder Si, establezca cuando
Nombres y domicilios de los médicos intervinientes					

Por medio del presente, certifico que las declaraciones que realice en este formulario son completas y verdaderas.

Firma del reclamante      Testigo      Fecha

### Autorización Para Obtener Información

Autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica u otro establecimiento medicamente relacionado, compañía de seguro o de reaseguro, organismo de información al consumidor o empleador que cuenta con información respecto del diagnóstico, tratamiento y pronosis respecto de cualquier condición física o mental, o tratamiento que se me realice a mí, o a mi hijo apto a otorgarle a Sutton Special Risk, o a su representante legal, toda información relacionada con el presente reclamo.

Entiendo que la información obtenida por medio del uso de la presente Autorización será utilizada por Sutton Special Risk para determinar la aptitud para la cobertura o la aptitud para recibir beneficios conforme a la cobertura existente. Ninguna información obtenida será divulgada por Sutton Special Risk a ninguna persona ni organización excepto al Asegurador u otras personas u organizaciones que lleven adelante actividades comerciales o servicios legales relacionados con mi solicitud, o según exija la ley o yo autorice.

Sé que puedo solicitar la entrega de una copia de la presente Autorización. Acepto que toda copia fotográfica de la presente Autorización es tan válida como el original. Acepto que esta Autorización queda valida durante dos años desde la fecha que se indica a continuación.

Firma Del Solicitante      Testigo      Fecha

## Prueba De Discapacidad Total

### Declaración del Medico

Nombre de la persona asegurada		No. de teléfono
Domicilio de la persona asegurada		
1. Nombre del paciente		
2. Fecha del accidente o del inicio de la enfermedad	Fecha en que el paciente dejó de trabajar a causa de la discapacidad :	
Se trata de un paciente: <input type="checkbox"/> Ambulatorio? <input type="checkbox"/> Confinado a casa? <input type="checkbox"/> Confinado a la cama? <input type="checkbox"/> Confinado al hospital?		
3. Alcance de la discapacidad:		
a) El paciente está completamente incapacitado? <input type="checkbox"/> Para alguna ocupación? <input type="checkbox"/> Para su ocupación habitual?		
b) Si no ser así, cuando pudo el paciente volver a trabajar? _____		
c) De ser así, cuando cree que el paciente podrá reincorporarse el empleo? Fecha aprox: _____ Indefinida _____ Nunca _____		
d) De ser así, el paciente es un candidato adecuado para un programa de rehabilitación?		
4. Tratamiento		
a) Fecha de primera visita _____ b) Fecha de la última visita _____ c) Frecuencia de visitas _____		
5. Progreso		
<input type="checkbox"/> Se recuperó <input type="checkbox"/> Mejoro <input type="checkbox"/> No mejoro <input type="checkbox"/> Involuciono		
6. Diagnostico/Descripción complete de las lesiones sufridas o de la enfermedad:		
7. Las lesiones sufridos se debieron solo al accidente mencionado ( de ser aplicable) De no ser así, detalle toda enfermedad o insuficiencia que, en su opinión , podría haber actuado como causa conducente.		
8. Estado Mental Es el paciente competente para endosar un cheque y para dirigir el uso del producido de este?		

Medico

Firma

Fecha

Dirección