

INFORME MEDICO SOBRE INCAPACIDAD

1) ¿En qué fecha ocurrió el accidente?

2) ¿Como ocurrió el mismo?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3) ¿Qué pérdida/s o secuela/s le ocasionó al Asegurado?
.....
.....

4) ¿La incapacidad es total? Si No
5) ¿Quedó imposibilitado de ejercer sus tareas habituales? Si No
¿Desde qué fecha?/...../.....

6) ¿Durante cuánto tiempo estima Ud. que quedará incapacitado?
.....
.....

7) ¿Se encuentra en condiciones psíquicas de administrarse? Si No
¿En caso negativo, por qué? (ver transcripción del Código Civil) *

Código Civil (*)
Art. N° 141: Se declaran incapaces por demencia las personas que por causas de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes.
Art. N° 152: Podrá inhabilitarse judicialmente:
Bis 1 - A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio.
2 - A los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el Artículo N° 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio.

Observaciones:
.....
.....
.....
.....

El presente informe tiene carácter de certificado médico y su tergiversación se encuentra penada por los artículos 295 y 296 del Código Penal Argentino.

Apellido y nombre del médico: Matrícula N°

Domicilio: Calle N° Piso Dpto. Cód. Postal Tel.

Localidad: Provincia:

Lugar y fecha
Firma del Médico