

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. Nº 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. Nº 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 Nº 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 Nº
Domicilio: Calle Nº Piso Dpto. Cód. Postal Tel.
Localidad: Provincia:

Lugar y fecha
Firma del Médico