

PARTE B

(Este informe debe hacerse en todos los reclamos por Incapacidad y/o Desmembración)

- (1) Empleado/ Asegurado: _____
- (2) Profesión u Ocupación: _____
- (3) Empleador o Patrono: _____ Teléfono: _____
- (4) Dirección: _____
- (5) Fecha en que dejó de Trabajar: _____
(Según los registros del Patrono)
- (6) Médico Asistente: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
- (7) Diagnóstico: _____

TRATAMIENTO

- _____
- _____
- (8) Fecha del Primer Tratamiento Médico: _____
- (9) Otros Médicos que lo atendieron: _____
- (10) Ha estado el Asegurado recluso en casa, Hospital o Sanatorio? _____
Explique: _____
- _____

(EN CASO DE DESMEMBRACION)

La pérdida del miembro que cause este reclamo ha sido comprobada por observación personal:

SI _____ NO _____

Observaciones personales del Investigador: _____

Firma del Empleado Investigador: _____