

Declaración del Médico Asistente

Nombre y Apellido del Asegurado _____ DNI _____

Dé su diagnóstico completo _____

Si se practicó cirugía describa la operación _____

¿Dónde se efectuó la operación? _____ Fecha de la operación ____/____/____

Honorarios por Cirugía únicamente (exclúyanse los honorarios por visitas médicas, anestesia, etc.) _____

Indique todas las fechas en las cuales atendió al paciente en el Hospital _____

Total \$ _____ ¿Ordenó ud. la hospitalización? Sí No Nombre del hospital _____

Admitido el día (dd/mm/aaaa) _____ A las: _____ hs. AM PM

Salida el día (dd/mm/aaaa) _____ A las: _____ hs. AM PM

Según su opinión, ¿cuándo se originó la causa básica de la lesión? _____

¿Se encuentra el paciente todavía bajo su cuidado por esta lesión? _____

¿Cuánto tiempo estuvo o estará el paciente totalmente incapacitado para efectuar toda y cada una de sus tareas?

Desde _____ Hasta _____

Obligaciones del paciente en su trabajo _____

Observaciones:

Firme aquí	Sello y firma del médico asistente	Aclaración
	Lugar	Fecha
	Teléfono	Email

Datos Personales. Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).

Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por favor comunicate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.

La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.