

4. Declaración del Médico Asistente

El Asegurado debe obtener de su médico la presente declaración a su propio costo, y remitirla a la Compañía dentro de los 15 días de ocurrido el accidente.

Nombre/s y Apellido/s del paciente _____ DNI _____

Actitud del miembro: Deformaciones Acortamiento Otros _____

Estado de la piel: Cicatrices adherentes o no Dolorosas o indoloras Úlceras de decubitos Fístulas Otros _____

Estado de los músculos (trofismo y tonicidad) _____

Palpación: Dolor Derrames articulares Hematomas Abscesos _____

Movilidad pasiva: (rigidez, anquilosis, especificando los grados de movimiento) _____

Movilidad activa: (limitaciones, parálisis, disminución de fuerza, etc. especificando los grados de movimiento) _____

Las lesiones que presenta el asegurado, ¿son definitivas o existen posibilidades de recuperación? _____

Fecha probable de alta médica _____

Describe las posibles secuelas _____

Otros datos complementarios _____

Se ruega al Sr. Médico Asistente indicar en el esquema el sitio de las lesiones



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.