

4. Declaración del Médico Asistente

Nombre y Apellido _____ DNI _____

1. Naturaleza y relevancia de la enfermedad del reclamante _____

2. Fecha en la que el reclamante se dio cuenta de la enfermedad ____|____|____

3. ¿Cuándo fue ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad? ____|____|____

4. ¿Es ud. el médico habitual de cabecera del reclamante? _____

5. ¿A qué tratamiento se lo ha sometido y qué tipo de medicación recibe? _____

6. ¿Con qué frecuencia acude el reclamante a su consulta? _____

7. ¿Sabe de algún hallazgo en el historial previo del reclamante que pueda estar conectado con la enfermedad que padece?

8. ¿Qué limitaciones físicas y/o neurológicas tiene el reclamante en la actualidad? _____

9. En caso de enfermedades de corazón, le rogamos nos indique:

Historial de dolores torácicos _____

Nuevos cambios de ECG _____

Elevación de enzimas cardíacas _____

10. En el caso de cirugía arterio-coronaria, le rogamos indique detalles en cuanto a la intervención efectuada.

11. En el caso de derrame o hemorragia e infarto cerebrales, le rogamos indique detalles en cuanto a:

Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 24 horas _____

¿Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por fuente extracraneal? _____

Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual _____

12. En caso de cáncer, describa con detalle: _____

Sería de gran ayuda si ud. nos pudiera entregar informes del Hospital, valoración de ECD, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que pueda ud. tener.

Firme aquí	Lugar	Fecha
	Nombre y apellido del médico asistente	Sello y firma del médico asistente
	Especialidad	Domicilio

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 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.