

## 5. Certificado del médico asistente

**Nota:** Este certificado debe ser llenado por el médico que actualmente asiste y trata al enfermo. No debe ser llenado por ningún médico examinador de la compañía que esté actuando como médico particular del enfermo.

1. Nombre/s y Apellido/s del paciente \_\_\_\_\_

---

2. ¿Cuál es la naturaleza de la enfermedad o lesión que causó la actual incapacidad del Asegurado? \_\_\_\_\_

---

3. ¿En qué fecha ocurrió el accidente o se inició la enfermedad que causó la actual incapacidad del Asegurado? \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_
4. ¿En qué fecha concurrió el Asegurado a trabajar por última vez? \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_
5. ¿Cuáles fueron sus primeras manifestaciones? \_\_\_\_\_
6. ¿Qué exámenes se realizaron? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuál fue el tratamiento? \_\_\_\_\_
8. ¿En qué fecha el Asegurado consultó al médico por primera vez? \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_
9. ¿Dónde recibió atención médica por primera vez el Asegurado?  Domicilio  Consultorio  Trabajo
10. ¿En qué fecha recibió el Asegurado atención médica por última vez o se le practicó la última cura? \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_
11. ¿Cuántas veces o con qué frecuencia fue tratado durante ese período? \_\_\_\_\_
12. ¿Por cuánto tiempo guardó cama y/o permaneció en la casa? \_\_\_\_\_
13. ¿Permanece aún en cama y/o en casa?  Sí  No
14. De no guardar cama y/o reposo: ¿por qué no reasume sus tareas, aunque sea parcialmente? \_\_\_\_\_

---

15. ¿Cuáles son los principales síntomas, secuelas y signos actuales? \_\_\_\_\_

---

16. ¿Requiere el estado del Asegurado seguir tratamiento médico, guardar cama o permanecer en casa?  Sí  No
17. En caso afirmativo: ¿por qué causas? \_\_\_\_\_
18. ¿Está el Asegurado en este momento totalmente incapacitado para ejercer cualquier trabajo y ocupación remunerativa a consecuencia de su incapacidad?  Sí  No
19. En caso afirmativo: ¿desde cuándo quedó imposibilitado? \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_
20. ¿Durante cuánto tiempo cree ud. que quedará incapacitado? \_\_\_\_\_

Firme aquí	Nombre del Médico	Firma	Matrícula
	Domicilio	Teléfono	Email
	Lugar y fecha		



Nombre y Apellido del paciente \_\_\_\_\_

21. Si está parcialmente incapacitado, ¿qué secuelas presenta y en qué porcentaje valora ud. dicha incapacidad?

23. ¿Podrá el Asegurado ser tratado adecuadamente si retorna parcialmente al trabajo?  Sí  No

24. En caso negativo: ¿por qué motivos?

25. Con su estado actual, ¿qué tareas podría ejercer por cuenta propia y/o en relación de dependencia?

26. ¿Está ud. convencido que la invalidez será total y permanente de manera definitiva para ejercer cualquier ocupación remunerativa?  Sí  No

27. En caso afirmativo: ¿por qué motivos? \_\_\_\_\_

28. Sírvase indicar nombre y dirección de otros médicos que hayan asistido y/o examinado al Asegurado.

DOCTOR	DOMICILIO

OBSERVACIONES DEL MÉDICO:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firme aquí	Nombre del Médico	Firma	Matrícula
	Domicilio	Teléfono	Email
	Lugar y fecha		

**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.

