

IMPORTANTE: Este certificado debe ser llenado por el Médico que actualmente asiste y trata al Asegurado/Paciente. No debe ser llenado por ningún médico examinador de la compañía que esté actuando como médico particular del Asegurado/Paciente.

Datos del Asegurado:

Apellido y Nombres:

D.N.I.:

N° de Póliza:

N° de Certificado:

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres:

Universidad en que se graduó:

Número de Matrícula:

Domicilio: Calle:

N°:

Piso:

Depto.:

C.P.:

Localidad:

Provincia:

Teléfono:

Declaración del Médico Asistente:

1. Declaración:
a. Diagnóstico e Importancia de la actual enfermedad o lesión

b. ¿En qué fecha fue Ud. consultado por primera vez respecto de la lesión o enfermedad descripta?

c. ¿Desde cuándo según su conocimiento existía esta afección?
2. ¿Ya se encontraba el paciente en esa fecha con incapacidad laboral?
3. Nombre, Dirección y Teléfono de los médicos que lo hayan asistido desde el principio de la enfermedad.
4. ¿En qué fecha le practicó Ud. la última atención y/o curación?
5. ¿Durante qué período lo atendió Ud. por su lesión o enfermedad? ¿Cuántas visitas fueron en la casa?
6. Sírvase indicar la naturaleza de la lesión o enfermedad que originó la incapacidad de su diagnóstico definitivo.
7. ¿Cuáles fueron las primeras manifestaciones o síntomas? ¿En qué fechas?
8. El paciente ¿Ha estado hospitalizado?. En caso afirmativo favor indicar Nombre, Dirección y Teléfono del establecimiento asistencial (Hospital / Nosocomio / Clínica) en que fue internado.
9. Hallazgos Objetivos: Por favor adjunte a esta Declaración copia de las radiografías, ECG, datos de laboratorio e información clínica. En el caso que no sea factible el envío, sírvase detallarlos, incluyendo sus resultados y fechas de realización.
10. En caso de que el paciente no haya reanudado sus tareas, sírvase indicar los principales síntomas, secuelas o taras actuales.

Firmada en,

el día

de

de 20

Firma y Sello del Médico

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, en las hojas 1 y 2 que la componen, con la debida firma del Médico Asistente en ambas.

Por favor complete el formulario, fírmelo y remítalo a **Galicia Seguros:**
Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430 piso 6 (C1038AAJ).

Declaración del Médico Asistente - Continuación

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres:

D.N.I.:

11. ¿Hay algún tratamiento clínico y/o uso de artificios de técnica (prótesis, ortesis, bastones, etc.) que pueda mejorar el estado actual del paciente viabilizando la realización de su trabajo actual u otro determinado? está: ¿desde qué fecha?
12. ¿Ha sido el paciente informado de esta posibilidad?
13. En el caso de no querer el paciente realizarlo, ¿cuáles han sido sus motivos?
14. Por cuánto tiempo deberá permanecer en su casa debido a su lesión o enfermedad?
15. Si no está recluido en casa ¿Por qué no puede reanudar su trabajo total o parcialmente?
16. ¿Está el paciente totalmente incapacitado para dedicarse a cualquier trabajo, ocupación o negocio? Si lo
17. Si está completamente incapacitado en la actualidad, ¿Será permanente tal incapacidad?
18. Si la incapacidad no es permanente y definitiva, ¿por cuánto tiempo aproximadamente quedará incapacitado?
19. ¿Puede tratarse favorablemente su dolencia mientras permanece en el trabajo, aunque sea parcialmente?. Si no, exprese razones.
20. En caso que haya recuperado la aptitud laboral, ¿a partir de cuándo?
21. En caso de enfermedad neurológica y/o psiquiátrica: ¿está el paciente en dominio de su pensamiento, conserva su juicio y éste es suficiente, y está en condiciones de administrar sus bienes?

Por favor indique la Capacidad Funcional, Deterioro Físico y Deterioro Mental que diagnostica para el paciente analizado, marcando con una cruz (X) en los cuadros adjuntos según las clases correspondientes:

Capacidad Funcional

- ☐ Clase 1 - Sin Limitaciones
- ☐ Clase 2 - Limitación Leve
- ☐ Clase 3 - Limitación marcada
- ☐ Clase 4 - Limitación Total

Deterioro Físico

- ☐ Clase 1 - Sin limitación en sus capacidades funcionales; capaz de desempeñar trabajo pesado sin restricciones
- ☐ Clase 2 - Actividad manual media
- ☐ Clase 3 - Leve limitación de las capacidades funcionales; capaz de desempeñar trabajo liviano
- ☐ Clase 4 - Limitación moderada de capacidades funcionales; capaz de realizar actividad de oficina / administrativa (sedentaria)
- ☐ Clase 5 - Limitación severa de las capacidades funcionales; incapaz de desempeñar una actividad mínima (sedentaria)

Deterioro Mental

Por favor defina el estrés según corresponda al reclamante:

- ☐ Clase 1 - El paciente es capaz de desempeñarse bajo estrés e involucrarse en relaciones interpersonales (sin limitaciones)
- ☐ Clase 2 - El paciente es capaz de desempeñarse bajo la mayoría de las situaciones de estrés e involucrarse en la mayoría de las relaciones interpersonales (limitaciones leves)
- ☐ Clase 3 - El paciente es capaz de desempeñarse sólo bajo situaciones de estrés limitado, o sólo involucrarse en relaciones interpersonales limitadas (limitaciones moderadas)
- ☐ Clase 4 - El paciente es incapaz de desempeñarse bajo situaciones de estrés o involucrarse en relaciones interpersonales (limitaciones marcadas)
- ☐ Clase 5 - El paciente presenta una pérdida significativa de su capacidad de adaptación psicológica, fisiológica, personal y social (limitaciones graves)

DECLARO bajo juramento que todas las respuestas anteriores son completas, verdaderas y correctas.
En cumplimiento a la Ley 25.326, se informa que los datos que nos has proporcionado completando este formulario integrarán la(s) base(s) de datos de Galicia Seguros S.A.U., la cual se encuentra inscripta ante la AAIP, y que se comprometo a tratarlos de una manera confidencial. Nos autorizas expresamente a tratar, ceder y/o transferir tus datos.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley 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. Política de Privacidad y protección de datos personales: <https://galiciaseguros.com.ar/legales/politicasprivacidadprotecciondatospersonales>

Firmada en,

el día

de

de 20

Firma y Sello del Médico

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, en las hojas 1 y 2 que la componen, con la debida firma del Médico Asistente en ambas.

Por favor complete el formulario, fírmelo y remítalo a Galicia Seguros:

Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430 piso 6 (C1038AAJ).