

Este formulario debe ser completado por el Médico de Cabecera en caso de: Enfermedad Crítica, Trasplante de Órganos, Alta complejidad, Diagnóstico de Sida y Contagio accidental de Sida.

Datos del Asegurado

N° de Póliza:	N° de Certificado:
---------------	--------------------

Apellido y Nombres del Asegurado: D.N.I.:

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: Lugar de Nac.:

Ocupación:

Domicilio: Calle: N°: Piso: Depto.: C.P.

Localidad: Provincia: Teléfono:

Nombre y Domicilio de su Médico de Cabecera:

1. Diagnóstico e Importancia de la enfermedad del Asegurado:	11. En caso de derrame o hemorragia e infartos cerebrales, le rogamos que indique detalles en cuanto a: a. Cualquier secuela neurológica con una duración de más de 24 horas:
2. Fecha en la que el Asegurado se dio cuenta de la enfermedad:	
3. ¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez en relación con la enfermedad?	b. ¿Ha habido infarto cerebral, hemorragia o embolia provocados por una fuente extracraneal? SI ☐ NO ☐
4. ¿Es Ud. el médico de cabecera habitual del Asegurado?	c. Le rogamos aporte pruebas del déficit neurológico actual
5. ¿A qué tratamiento se le ha sometido y qué tipo de medicación recibe?	12. En caso de cáncer, describalo en detalle, incluyendo extensión, si es progresivo.
6. ¿Con qué frecuencia acude el Asegurado a su consulta, si es que lo hace?	
7. ¿Tiene conocimiento de algún hallazgo en el historial previo del Asegurado que pueda posiblemente estar conectado con la enfermedad que padece?	
8. ¿Qué limitaciones tiene el Asegurado en la actualidad - físicas y psíquicas?	13. En el caso de Incapacidad Total: ¿desde cuándo está totalmente incapacitado? Por favor indique fecha:
9. En caso de enfermedades del corazón, le rogamos que indique: a. Historial de dolores torácicos b. Nuevos cambios de ECG c. Evaluación de las enzimas cardíacas	14. ¿Será permanente esa incapacidad? 15. ¿Existe algún tratamiento que le permita recuperar capacidad?. En caso afirmativo: ¿Cuál?
10. En caso de cirugía arterio-coronaria, le rogamos que indique detalles en cuanto a la intervención efectuada:	16. En caso de que haya recuperado la aptitud laboral, necesitamos su certificación.

Sería de una gran ayuda si usted nos pudiera entregar informes de hospital, valoración de ECG, análisis de laboratorio e informes histológicos, así como cualquier otra prueba que pueda usted tener. 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 inscrita ante la AAIP, y que se compromete 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.
Dirección	Localidad	C.P.	Teléfono

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