

## Denuncia de Fallecimiento

(INFORME DEL CONTRATANTE)

TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA.

### Datos del Asegurado

1. Nombre/s y apellido/s del Asegurado .....
2. Domicilio .....
- Localidad ..... Código Postal .....
3. N° de Teléfono .....
4. Fecha de nacimiento ..... 5. Lugar de Nacimiento .....
6. Estado Civil ..... 7. Tipo y N° de documento .....
8. Número de Crédito/Tarjeta/Cuenta ..... Cuil N° .....

### Datos del Seguro de Vida – Saldo Deudor

9. Fecha de Ingreso al Seguro ..... 10. Póliza N° .....
11. Fecha de Alta Contrato / Préstamo / Tarjeta / Cuenta: .....
12. Monto de la Deuda .....
13. Cuotas a Vencer ..... 14. Importes de las Cuotas .....
15. Fecha del Fallecimiento ..... 16. Lugar del Fallecimiento .....
17. Causa del Fallecimiento (si fue a causa de un accidente, detalle el hecho): .....

### Pago

18. El pago del Siniestro se hará por Cheque / Giro a la Orden de: .....

### Observaciones

.....

### Documentación que debe adjuntarse referente al asegurado:

- Certificado de defunción (copia legalizada)
- Informe Médico en formulario de la Compañía (en su defecto, copia Historia Clínica Completa)
- Copia expediente del Préstamo/Tarjeta de Crédito/Cuenta Corriente
- Copia Causa Penal completa (para muerte accidental)

Lugar y Fecha	Firma del Demandante	Aclaración
---------------	----------------------	------------

## Informe del Médico

### (EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO)

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad. (Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas. Para su mayor comprensión, recomendamos leer previamente las Indicaciones Especiales impresas al pie del formulario).

### TODAS LAS PREGUNTAS DEBEN SER CONTESTADAS EN FORMA CLARA Y COMPLETA.

#### Datos del Asegurado

1. Póliza N° .....
2. Nombre/s y Apellido/s del Asegurado .....
3. Domicilio .....
- Localidad ..... Código Postal .....
4. Fecha de Nacimiento ..... 5. Lugar de Nacimiento .....
6. Estado Civil ..... 7. Tipo y Número de Doc. ....
8. Ocupación: .....

#### Datos sobre el Fallecimiento

9. Lugar del Fallecimiento ..... 10. Fecha del Fallecimiento. ....
11. Causa Inmediata del Fallecimiento .....
12. Causa alejada del Fallecimiento (¿Qué enfermedades?)  
.....
13. ¿Era Ud. su Médico Asistente?  Sí  No
14. ¿Desde que fecha comenzó Ud. a atenderlo? .....
15. ¿Cuándo comenzó Ud. a asistirlo por la última enfermedad? (fecha según la Historia Clínica): .....
16. ¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos o subjetivos que motivaron al Asegurado fallecido a consultarlo?  
.....
17. Detalle los tratamientos que le prescribió al paciente con motivo de su última enfermedad  
.....
18. ¿Dónde asistió Ud. al Asegurado? Indique el Nombre de las Entidades  
Consultorio  Domicilio Particular  Instit.. Hospitalaria, Sanatorial – Obra Social
19. ¿Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 5 años?  
 Sí  No

#### Detalle sobre Internaciones

##### Aclaraciones

- .....
20. ¿A qué fecha o época considera Ud. que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado?:  
.....
  21. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad padecida?  Sí  No ¿Desde cuando? .....

22. Tiene Ud. en su poder los protocolos médicos complementarios, solicitados para el diagnóstico, a los que fuera sometido el Asegurado por última enfermedad?  Sí  No
23. En caso de respuesta negativa en el ítem anterior, ¿figuran esos estudios en la Historia Clínica de alguna Institución hospitalaria o sanatorial?  Sí  No Indique Cuál: .....
24. Si el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, indique los detalles que sean de su conocimiento: .....
25. ¿Desde que fecha permaneció el Asegurado recluso o impedido de atender sus ocupaciones? .....

**Observaciones Adicionales**

.....

.....

**Datos del Médico**

Nombre y Apellido del Médico .....

Matrícula .....

Domicilio del consultorio ..... Teléfono .....

Domicilio particular ..... Teléfono .....

**Declaro que lo expresado por mí en este Informe es exacto y completo, según mi saber y entender.**

Lugar y Fecha	Firma del Médico	Aclaración

**Indicaciones Especiales:**

El requerimiento de esta declaración no implica reconocimiento por parte de la Compañía de pagar el importe del seguro y, por lo tanto, se reserva las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el Asegurado o el Beneficiario. Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyera necesario, la Compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los últimos dos años. Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Compañía el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estimara necesario. Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resultara insuficiente, por favor utilice el reservado para Observaciones Adicionales.