

SECCIÓN VIDA

**DENUNCIA DE FALLECIMIENTO
INFORME DEL CONTRATANTE**

APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS DEL ASEGURADO _____ _____ _____ DOMICILIO _____	NACIDO EN _____ FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NACIONALIDAD _____ ESTADO CIVIL _____ LE o LC o DNI o CI _____
--	---

PÓLIZA N°	CERTIFICADO N°	ÚLTIMO SUELDO \$	SUMA ASEGURADA
VIGENCIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	VIGENCIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PRIMAS PAGAS HASTA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

FALLECIMIENTO FECHA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> LUGAR _____ CAUSA _____	FECHA DE INGRESO AL EMPLEO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FECHA EN QUE CONCURRIÓ POR ÚLTIMA VEZ AL TRABAJO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

BENEFICIARIOS

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	DOMICILIO	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

OBSERVACIONES _____

LUGAR Y FECHA _____

SELLO Y FIRMA DEL CONTRATANTE

NOTA: Esta comunicación habrá de ser acompañada del informe médico, copia legalizada de la partida de defunción, designación de beneficiarios y copia de los dos (2) últimos recibos de sueldo.

Declaración del Médico Sobre la Muerte del Asegurado

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad. (Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas y al efecto téngase en cuenta las indicaciones impresas a dorso). (Rogamos escribir con letra tipo imprenta).

1. Nombre y Apellido del asegurado	
2. ¿Desde qué fecha lo conocía usted?	
3. En la fecha del deceso, ¿Cuál era su residencia?	
4. ¿Le conoció usted otro domicilio?	
5. a) En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación?	
b) ¿Le conoció usted otra ocupación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	
6. Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer.	Edad _____ Estatura _____ cm Peso _____ kg Color de cabello _____ de los ojos _____ Señas particulares _____
7. a) ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (Domicilio, sanatorio, policlínico, etc.)	a) _____
b) ¿En qué fecha?	b) _____
8. ¿Era usted su médico asistente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Desde qué fecha?
9. a) ¿Cuáles fueron sus afecciones, aún las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó usted a atenderlo?	a)
b) ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado por la cual lo consultó? (Le rogamos, de serle posible, su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo).	b)
c) ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (Precisar la fecha, según su historia clínica).	c)
d) ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultar a Usted?	d)
e) ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en que fechas y cuáles fueron sus resultados?	e)
f) Detalle los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad	f)
g) Padeció el asegurado complicaciones o intercurencias en su enfermedad de base? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	g) Detalles:
h) ¿Asistió Usted al asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna institución hospitalaria o sanatorial? (Precise el nombre de la o las entidades). ¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna Obra Social o Institución? ¿Cuál?	h)
i) ¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su última enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	i) Fecha: Motivo: Diagnóstico:
j) ¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado?	j)
k) Detalle los nombres y direcciones de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubieran sido llamados en interconsultas en relación a su enfermedad de base u otras.	k)
l) ¿Conocía al asegurado la enfermedad que sufría? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	l) ¿Desde cuándo?
ll) ¿Algún familiar o amigo del asegurado consultó a usted o fue informado por usted acerca de la afección que, directamente o indirectamente, causó el deceso? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ll) ¿Quién y en qué fecha?
m) ¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del Asegurado? (Salvo que no exista otra rogamos evitar expresiones tales como "Paro cardíaco-respiratorio" "Asistolia ventricular, etc")	m)
n) ¿Tiene usted en su poder los protocolos de los estudios clínicos a los que fuera sometido por su última enfermedad? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	n) ¿Cuál?

10. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?	
11. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Detalles: _____
12. a) ¿Antes de la última enfermedad del extinto, en qué otras le prestó usted asistencia médica o fue consultado? b) ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?	a) _____ b) _____
13. ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? (Trate además de precisar fechas, duración y secuelas).	¿Quién? _____ Dirección: _____
14. ¿Sabe usted de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
15. En caso de muerte por accidente: a) ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	a) ¿Por quién? _____ Conclusiones: _____
b) Lugar, día, mes, año y hora en que se produjo el accidente.	b) _____
c) Circunstancias en las que se produjo.	c) _____
d) Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial.	d) _____
e) Instituciones donde estuvo internado.	e) _____
f) Detalles de los tratamientos médico y quirúrgicos que le fueron practicados.	f) _____
g) Complicaciones o intercurencias	g) _____
h) Diagnóstico anatomoclínico final.	h) _____
i) Causa final que indujo a la muerte.	i) _____
j) Lugar en que se produjo el deceso (Hospital, Sanatorio, domicilio, etc.)	j) _____
k) Nómina de médicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso.	k) _____

OBSERVACIONES ADICIONALES

Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y completo.

Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y completo según mi leal saber y entender.

GRADUADO EN LA UNIVERSIDAD DE	MATRÍCULA N°			LUGAR Y FECHA:		FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO	
RESIDENCIA-CALLE	NÚMERO	PISO	DEPTO.	LOCALIDAD	C/POSTAL	PROVINCIA	TELÉFONO

ADVERTENCIAS ESPECIALES

El requerimiento de esta Declaración no implica reconocimiento por parte de la Compañía de la obligación de pagar el importe del seguro y por lo tanto se reserva las acciones y excepciones que el pudieran corresponder contra el asegurado o el beneficiario.

Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyeran 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 años.

Al contestar las preguntas 9, 12 y 13, consígnese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición su duración y consecuencias (si el lugar es insuficiente utilice el espacio de "Observaciones Adicionales").

Si la muerte hubiera sobrevenido a raíz de accidente o de manera violenta, se sobreentiende que la palabras "lesión" reemplaza a la palabra "enfermedad" en la pregunta 9.

Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco", "agotamiento" u otras semejantes, a menos que se suministre minuciosos detalles en cada caso.

Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Compañía, el derecho a requerir aclaraciones o cualquier otra información si lo estimara necesario.

En caso de haberse instruido, sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo por la Compañía.

Si el espacio que destina a las respuestas del médico resulta insuficiente, utilice o adicione una hoja más.