

## DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO

Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad o que certificó su fallecimiento. Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas y al efecto, téngase en cuenta las indicaciones que figuran al pie.

- 1) Apellido/s y nombre/s del asegurado: \_\_\_\_\_
- 2) ¿Desde qué fecha lo conocía usted? \_\_\_\_\_
- 3) **a)** En la fecha del deceso ¿cuál era la residencia del asegurado? \_\_\_\_\_
- b)** ¿Le conoció usted otro domicilio? SI  NO  ¿cuál? \_\_\_\_\_
- 4) En la fecha del deceso **a)** ¿cuál era su ocupación? \_\_\_\_\_
- b)** ¿le conoció usted otra ocupación? \_\_\_\_\_
- 5) Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer:  
Edad \_\_\_\_\_ años. Estatura \_\_\_\_\_ cm. Peso \_\_\_\_\_ kg.
- 6) **a)** ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (domicilio, sanatorio, policlínico, etc.) \_\_\_\_\_
- b)** ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_
- 7) ¿Era usted su médico tratante? SI  NO  ¿desde qué fecha? \_\_\_\_\_
- 8) **a)** ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado por la cual lo consultó? \_\_\_\_\_
- b)** Según su historia clínica ¿cuándo empezó a asistirlo por esta enfermedad? (precise fecha) \_\_\_\_\_
- c)** ¿Cuáles fueron los primeros signos subjetivos y objetivos que lo motivaron a consultarle a usted? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d)** ¿Qué exámenes complementarios le solicitó? \_\_\_\_\_  
¿En qué fecha? \_\_\_\_\_  
¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_
- e)** ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f)** ¿Padeció el asegurado complicaciones o intercurencias en su enfermedad de base? SI  NO  Detalle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- g)** ¿Asistió usted al asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o alguna institución hospitalaria o sanatorial? Precise el nombre de la/s entidad/es  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- h)** ¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna obra social o institución? ¿cuál? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- i)** ¿Estuvo el asegurado internado a raíz de su última enfermedad con motivo de diagnóstico y/o tratamientos en los últimos cinco (5) años?  
SI  NO  Precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- j)** ¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del asegurado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- k)** ¿Conocía el asegurado la enfermedad que tenía? SI  NO  ¿desde cuándo? \_\_\_\_\_
- l)** ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte? Evite expresiones tales como "paro cardiorrespiratorio", asistolia ventricular" o similares \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- m)** ¿Algún familiar o amigo del asegurado le consultó a usted o fue informado por usted acerca de la afección que directa o indirectamente causó el deceso? SI  NO  ¿en qué fecha? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- n)** ¿Tiene usted en su poder los protocolos y estudios paraclínicos que se le realizaron al asegurado? SI  NO
- ñ)** En caso negativo ¿figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria? ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- 9) **a)** ¿Algún otro médico lo atendió durante su enfermedad de base u otras? SI  NO  \_\_\_\_\_
- b)** Nombre, dirección y teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 10) a) ¿Desde qué fecha permaneció recluido 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  NO  Detalle: \_\_\_\_\_
- 12) a) Antes de la última enfermedad del extinto ¿en qué otras le prestó usted atención médica o fue consultado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) ¿De qué otras enfermedades de importancia saben usted padeció el extinto? Precise fechas, duración y secuelas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 13) Si el fallecimiento fue causado por ACCIDENTE, sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento. Circunstancias, lugar, causa final que indujo a la muerte, etc. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 14) ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post mortem? SI  NO   
¿Cuál, por quién y a qué conclusión se arribó? \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES ADICIONALES**

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

Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyere necesario, la Compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los tres últimos años.

Al contestar las preguntas 8 y 12, consígnese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición, su duración y consecuencias, pues así se facilitará el PRONTO PAGO del siniestro.

Si la muerte hubiere sobrevenido a raíz de accidente o de manera violenta, se sobreentiende que la palabra "lesión" reemplaza a la palabra "enfermedad" en la pregunta 8. Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco", "agotamiento" u otras semejantes, a menos que se suministren minuciosos detalles en cada caso. Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Compañía el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estima necesario.

Si el espacio que se destina a las preguntas del médico, resultara insuficiente, utilícese el reservado a Observaciones Adicionales. En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo a la Compañía.

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

Apellido/s y nombre/s del médico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Lugar

\_\_\_\_\_  
Firma c/ sello y N° de matrícula