

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOBRE LA MUERTE
DEL ASEGURADO A CAUSA DE UN ACCIDENTE**

Para ser completado por el establecimiento asistencial donde se efectuó la internación.

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

1. Nombre/s y apellido/s del asegurado :
.....

2. ¿Desde que fecha lo conocía ud.?
.....

3. En la fecha del deceso, ¿cuál era su residencia?
.....

4. ¿Le conoció ud. otro domicilio?
.....

5. a. En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación?
.....

b. ¿Le conoció ud. otra ocupación?
.....

6. Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer : Edad :
.....

Estatura : Peso : Color de cabello :
.....

Señales particulares :
.....

7. a. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (Domicilio, sanatorio, policlínico, etc)
.....

b. ¿En qué fecha?
.....

8. En caso de muerte por accidente :
.....

a. ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? (Cuál, por quién y a que
.....

conclusiones se arribó)
.....

b. Lugar, día, mes, año y hora que se produjo el accidente :
.....

c. Circunstancias en las que se produjo :
.....

d. Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial :
.....

e. Instituciones donde estuvo internado :
.....

f. Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados :
.....

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOBRE LA MUERTE
DEL ASEGURADO A CAUSA DE UN ACCIDENTE**

g. Complicaciones o intercurriencias :

h. Diagnóstico anatomo clínico final :

i. Causa final que indujo a la muerte :

j. Lugar en que se produjo el deceso (hospital, sanatorio, domicilio, etc) :

k. Nómina de médicos que participaron en la asistencia del asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso :

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

Nombre y apellido :

Firma del médico :

Domicilio del consultorio :

Domicilio particular :

Matrícula profesional N° :

Teléfono / E-mail :

Advertencias especiales : El requerimiento de esta Declaración por la Compañía no implica reconocimiento por parte de la misma la obligación 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. 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 resulta insuficiente, utilícese el reservado al efecto al pie de esta página. En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo por la compañía.

Observaciones adicionales :