

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO
SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO (NO ACCIDENTAL)**

Para ser completado por el establecimiento asistencial donde se efectuó la internación. Cualquier internación debe ser comunicada a TPC Compañía de Seguros S.A dentro de los cinco días corridos de haberse efectuado la misma.

Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad. (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. ¿Era ud. su médico asistente? En caso afirmativo ¿desde qué fecha?
.....
9. a. ¿Cuáles fueron las afecciones, aún las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó ud. a atenderlo?
.....
.....
.....
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).
.....
.....
c. ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (Encaremos precisar la fecha, según su historia clínica).
.....
.....
d. ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a ud?
.....
.....
.....
e. ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron sus resultados?
.....
.....
.....

