

DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL ASEGURADO TITULAR / NRO.DE POLIZA

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DEL ASEGURADO FALLECIDO			
DOMICILIO DEL ASEGURADO FALLECIDO	TELÉFONO	LOCALIDAD	PROVINCIA
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO		DOCUMENTO	
		TIPO	NUMERO
OCUPACIÓN			
CAUSA DEL FALLECIMIENTO	FECHA	LOCALIDAD	LUGAR PROVINCIA
	/ /		

MEDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO EN LOS ULTIMOS 12 MESES

APELLIDO/S Y NOMBRE/S	DOMICILIO	TELEFONO

Se deberá adjuntar fotocopia legalizada de la partida de defunción, en original.

En caso de Muerte por Accidente adjuntar Causa Penal

DECLARACION DE LOS DATOS DE LOS BENEFICIARIOS AL DORSO DE ESTE FORMULARIO.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma del denunciante



DECLARACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

Esta declaración debe formularse por la persona o personas designadas beneficiarias a quienes les corresponde cobrar el importe del seguro.
 Cuando el importe del seguro deba pagarse a los representantes legales del Asegurado, la declaración será hecha por el administrador y se presentará copia legalizada del nombramiento y de los poderes del mismo.
 En caso de ser los beneficiarios menores de 18 años, se deberá adjuntar fotocopia de las partidas de nacimiento y representación de titular designado.

APELLIDO/S Y NOMBRE/S COMPLETOS		VINCULO
DOMICILIO		LOCALIDAD-CP
MAIL	TELEFONO	
DOCUMENTO		FECHA DE NAC.
TIPO	NUMERO	
		____ / ____ / ____
	 Firma
Si desea transferencia bancaria , por favor proporcionar su Clave Bancaria Única (CBU) de la cuenta bancaria de su titularidad:		

APELLIDO/S Y NOMBRE/S COMPLETOS		PARENTESCO
DOMICILIO		LOCALIDAD-CP
MAIL	TELEFONO	
DOCUMENTO		FECHA DE NAC.
TIPO	NUMERO	
		____ / ____ / ____
	 Firma
Si desea transferencia bancaria , por favor proporcionar su Clave Bancaria Única (CBU) de la cuenta bancaria de su titularidad:		

APELLIDO/S Y NOMBRE/S COMPLETOS		PARENTESCO
DOMICILIO		LOCALIDAD-CP
MAIL	TELEFONO	
DOCUMENTO		FECHA DE NAC.
TIPO	NUMERO	
		____ / ____ / ____
	 Firma
Si desea transferencia bancaria , por favor proporcionar su Clave Bancaria Única (CBU) de la cuenta bancaria de su titularidad:		

DECLARACION DEL MÉDICO SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO

Este cuestionario debe ser completado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad. Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas al efecto. Téngase en cuenta las advertencias especiales impresas al dorso.

1. Nombre y apellido completos del Asegurado	
2. ¿Desde qué fecha lo conocía usted?	
3. ¿Dónde residía en la fecha de su deceso?	
4. ¿Le conoció usted otro domicilio? ¿Dónde?	
5. a). En la fecha del deceso ¿Cuál era su ocupación? b) ¿Qué otra ocupación le conoció usted?	a) _____ _____ b) _____ _____
6. Indique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia al fallecer	Edad Estatura.....Peso..... Color de cabello..... de ojos..... Señas particulares.....
7. a) ¿En qué fecha ocurrió el fallecimiento? b) ¿Dónde? (domicilio, sanatorio, policlínico, etc.) c) ¿Desde qué fecha se encontraba INTERNADO?	a) _____ _____ b) _____ _____ c) _____ _____
8 ¿Era usted su médico asistente? ¿Desde qué fecha?	
9 a) ¿Cuál fue la última enfermedad que padeció el Asegurado por la cual fallece? b) ¿En qué fecha comenzó a asistirlo por la misma? c) ¿Qué síntomas presentaba? d) Por esos síntomas y su historia clínica ¿a qué fecha podría remontarse el comienzo de dicha enfermedad	a) _____ _____ b) _____ _____ c) _____ _____ d) _____ _____

<p>e) ¿Se realizaron análisis, radiografías, y otras pruebas diagnósticas? ¿Cuáles y en poder de quien se hallan?</p> <p>f) ¿Conocía el Asegurado su enfermedad?</p> <p>g) ¿Desde cuándo?</p> <p>h) ¿Algún familiar o amigo del asegurado le consultó o fue informado por Ud. acerca de la afección que directa o indirectamente causó el deceso? ¿En qué fecha?</p> <p>Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase facilitar detalles que sean de su conocimiento.</p>	<p>e) _____ _____ _____</p> <p>f) _____ _____ _____</p> <p>g) _____ _____ _____</p> <p>h) _____ _____ _____</p>
<p>10. Sírvase indicar nombre y dirección de algún otro médico que atendió al Asegurado durante la última enfermedad.</p>	
<p>11. ¿Estaba el asegurado internado? ¿Dónde y desde qué fecha?</p>	
<p>12. ¿Estaba el asegurado recluido en su domicilio sin posibilidad de deambular? ¿Desde qué fecha?</p>	
<p>13. ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem?</p>	
<p>14. ¿Cuál, por quien y a que conclusiones se arribó?</p>	
<p>15. ¿Influyó en modo especial en el fallecimiento directo o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas, o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado?</p>	
<p>16. a) Antes de la última enfermedad del extinto, ¿en qué otra le prestó asistencia médica o fue consultado? b) ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?</p>	<p>a) _____ _____ _____</p> <p>b) _____ _____ _____</p>
<p>17. ¿Qué otras enfermedades importantes sabe usted que padeció el extinto? (precise fechas, duración y secuelas)</p>	
<p>18. Indique nombre y dirección de algún otro Médico que haya atendido al Asegurado en los dos últimos años.</p>	

OBSERVACIONES

Fecha en _____ el día _____ de _____ de 201 _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO	FIRMA DEL MEDICO
DOMICILIO	Nº DE MATRICULA

ADVERTENCIAS ESPECIALES

El requerimiento de esta declaración por Argentina Salud y Vida Compañía de Seguros S.A., no implica reconocimiento de obligación de pagar el importe del seguro por parte del Asegurador y, por lo tanto, éste 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, el Asegurador podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los dos últimos años.

Al contestar las preguntas 9,14 y 15, 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 hubiese sobrevenido a raíz de accidente o de manera violenta, se sobreentiende que la palabra "lesión" reemplaza la palabra "enfermedad" en la pregunta 9.

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

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

Si el espacio que se destina a las contestaciones del Médico resultará insuficiente, utilícese el reservado en esta página.

(1) En caso de haberse instruido sumario policial, deberá indicarse fecha, comisaría y carátula.