

### Formulario de denuncia de Fallecimiento

Por favor, respondé las preguntas en forma clara y completa. **No omitas ninguna.**



#### Datos del Beneficiario

Nombre/s y Apellido/s ..... Nacionalidad: .....

Lugar de nacimiento: ..... Género:  Femenino  Masculino  No Binario

Domicilio: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... Código Postal: .....

Tipo y Nº de documento ..... Fecha de nacimiento ..... /..... /..... DD/MM/AAAA

Tel. Particular ..... Tel. Celular ..... E-mail .....

¿Existen otros seguros vigentes sobre los bienes afectados? Si  No



#### Datos del seguro

Entidad donde contrató el seguro: .....



#### Datos del siniestro

Lugar y Fecha del Fallecimiento.....

.....

Observaciones

.....

.....

.....

#### Información Importante

Junto con este formulario, deberás presentar:

- Formulario de Denuncia completo
- Certificado de defunción
- Formulario Informe Médico
- En caso de accidente, copia Causa de Penal completa (incluyendo resultado del examen toxicológico)

Deberás entregar la documentación a la Compañía inmediatamente luego de tomar conocimiento del hecho.

La aceptación de este formulario no implica reconocimiento de responsabilidad de la Compañía.

Declaro que toda la información aportada en este formulario es exacta y completa. Asumo toda responsabilidad por su veracidad y contenido, sometiéndome a la Ley de Seguros No 17.418.

**Asimismo te informamos que la Compañía podrá solicitarle cualquier otra documentación que estime necesaria.**

.....

Lugar y Fecha

Firma del Denunciante

Aclaración

### Informe del Médico

(EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO)

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad. (Se solicita contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas. Para su mayor comprensión, recomendamos leer previamente las Indicaciones Especiales impresas al pie del formulario).

Por favor, respondé las preguntas en forma clara y completa. **No omitas ninguna.**



#### Datos del Asegurado

Póliza N° / Entidad donde adquirió el Seguro: .....

Nombre/s y Apellido/s ..... Nacionalidad: .....

Género:  *Femenino*  *Masculino*  *No Binario*

Domicilio: ..... Localidad: .....

Provincia: ..... Código Postal: .....

Tipo y N° de documento ..... Fecha de nacimiento ...../...../..... DD/MM/AAAA

Tel. Particular ..... Tel. Celular ..... E-mail .....

Estado Civil: ..... Lugar de nacimiento: .....

Ocupación .....



#### Datos del fallecimiento

Lugar de Fallecimiento: .....

Causa Inmediata del Fallecimiento .....

Causa alejada del Fallecimiento (¿Qué enfermedades?) .....

.....

¿Era Ud. su Médico Asistente? .....

¿Desde que fecha comenzó Ud. a atenderlo? .....

¿Cuándo comenzó Ud. a asistirlo por la última enfermedad? (fecha según la Historia Clínica):

.....

.....

¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos o subjetivos que motivaron al Asegurado fallecido a consultarlo?

.....

.....

Detalle los tratamientos que le prescribió al paciente con motivo de su última enfermedad

.....  
.....

¿Dónde asistió Ud. al Asegurado? Indique el Nombre de las Entidades

Consultorio       Domicilio Particular       Instit.. Hospitalaria, Sanatorial – Obra Social

¿Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 5 años?

SI       NO

### Datos sobre Internaciones

Aclaraciones

.....  
.....

¿A qué fecha o época considera Ud. que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado?:

.....  
.....

¿Conocía el Asegurado la enfermedad padecida?     SI     NO    ¿Desde cuando? .....

Tiene Ud. en su poder los protocolos médicos complementarios, solicitados para el diagnóstico, a los que fuera sometido el Asegurado por última enfermedad?     SI       NO

En caso de respuesta negativa en el item anterior, ¿figuran esos estudios en la Historia Clínica de alguna Institución hospitalaria o sanatorial?       SI       NO      Indique cuál .....

Si el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, indique los detalles que sean de su conocimiento:

.....  
.....

¿Desde que fecha permaneció el Asegurado recluido o impedido de atender sus ocupaciones?

.....  
.....

**Observaciones Adicionales**

.....  
 .....  
 .....

**Datos sobre el médico**

Nombre y Apellido del Médico: .....  
 Matrícula: .....  
 Domicilio del consultorio: ..... Teléfono: .....  
 Domicilio particular: ..... Teléfono: .....

**Declaro que lo expresado por mí en este Informe es exacto y completo, según mi saber y entender.**

Lugar y Fecha	Firma de médico	Aclaración
---------------	-----------------	------------

**Indicaciones Especiales:**

El requerimiento de esta declaración no implica reconocimiento por parte de la Compañía 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 durante los últimos dos años. 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 resultara insuficiente, por favor utilice el reservado para Observaciones Adicionales.