

Formulario de Denuncia de Siniestro

Declaración del Médico Asistente relativa al Fallecimiento

Este formulario debe ser completado por el médico que actualmente asiste y trata al Asegurado/Paciente.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

DNI/CUIL: _____

Persona Solicitante del informe (apellido y nombre): _____

DNI/CUIL: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Especialidad: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

Nº de Matrícula Nacional: _____ Nº de Matrícula Provincial: _____

Declaración del Médico Asistente

1. Desde qué fecha asistía al paciente? _____

2. Era usted su médico asistente? SI NO Desde qué fecha? _____

3. Le conoció usted otro domicilio u ocupación? SI NO _____

4. Dónde ocurrió el fallecimiento (domicilio, sanatorio, vía pública, etc) ? En qué fecha? _____

5.Cuál es la causa inmediata de su muerte? _____

Si el Fallecimiento se produjo por Enfermedad

6.Cuál fue la última enfermedad del Asegurado? _____

7. Cuándo comenzó a asistirlo de esa enfermedad? _____

8. Qué síntomas presentaba? _____

9. Por esos síntomas y su historia clínica, a qué fecha podía remontarse la enfermedad? _____

10. Qué análisis, radiografías y otras pruebas diagnosticadas se realizaron? En poder de quiénes se hallan? _____

11. Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? SI NO Desde cuándo? _____

12. Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a usted o fue informado por usted acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso? _____

13. Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado? _____

14. Qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? De ser posible, indique fechas, duración y secuelas _____

15. Sabe usted de algún otro médico que lo haya atendido en los dos últimos años? Indique nombres y datos de contacto

16. Se instituyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post mortem? _____

Si el Fallecimiento se produjo por Accidente

Realice un breve relato de los detalles que sean de su conocimiento

| | | |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------|
| LUGAR FECHA ____ / ____ / ____ | FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO | ACLARACIÓN DE FIRMA |
|---------------------------------------|--------------------------|---------------------|