



## DECLARACION DEL MEDICO

**Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad, o que certificó su fallecimiento. (Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas y, al efecto, téngase en cuenta las indicaciones que figuran al pie).**

1. Nombre y apellido completo del asegurado: .....
2. ¿Desde que fecha lo conocía usted?: .....
3. a) En la fecha del deceso, ¿cuál era su residencia?: .....  
b) ¿Le conoció usted otro domicilio?: Si - No *(tachar lo que no corresponda)* ¿Cuál? .....
4. a) En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación?: .....  
b) ¿Le conoció usted otra ocupación?: Si - No *(tachar lo que no corresponda)* ¿Cuál? .....
5. Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física del asegurado al fallecer:  
Edad: ..... Estatura: ..... Peso: ..... Color del cabello ..... de los ojos .....  
Señas particulares: .....
7. a) ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (*domicilio, sanatorio, clínica, etc.*): .....  
b) ¿En qué fecha?: .....
8. ¿Era usted su médico asistente? Si - No *En caso afirmativo, ¿Desde qué fecha?* .....
9. a) ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado por la cual lo consultó? .....  
.....  
b) Según su historia clínica ¿cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (*precise la fecha*) .....  
c) ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a usted? .....  
.....  
d) ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron sus resultados? .....  
.....  
e) ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad? .....  
.....  
f) ¿Padeció el Asegurado complicaciones o intercurencias en su enfermedad de base? Si - No *Detalle* .....  
.....  
g) ¿Asistió usted al Asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna institución hospitalaria o sanatorial? *Precise el nombre de la/s entidad/es:* .....  
h) ¿Lo atendió como paciente privado o a través de alguna obra social o institución? ¿Cuál? .....  
i) ¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su última enfermedad, con motivo del diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años? Si - No *Precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada* .....  
.....  
j) ¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado? .....  
.....  
k) ¿Conoció el Asegurado la enfermedad que sufría? Si - No ¿Desde cuándo? .....  
l) ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte? (*evitar expresiones tales como "paro cardiorrespiratorio", "asistolía ventricular", o similares*) .....  
.....  
m) ¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a usted o fue informado acerca de la afección que, directa o indirectamente causó el deceso? Si - No ¿En qué fecha?.....  
n) ¿Tiene usted en su poder los protocolos y estudios paraclínicos que se le realizaran al Asegurado? Si - No  
ñ) En caso negativo ¿figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria? ¿Cuál? .....



10. a) ¿Algún otro médico lo atendió durante su enfermedad de base u otras? Si - No  
 b) Nombre, dirección y teléfono:.....
11. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones? .....
12. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado? Si - No *Detalle:* .....
13. a) ¿Antes de la última enfermedad del extinto, en qué otras le prestó usted asistencia médica o fue consultado? .....
- b) ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso? .....
- c) ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? (trate de precisar fechas, duración y *secuelas*) .....
14. Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento: (*Circunstancias, lugar, Causa final que indujo a la muerte, etc.*) .....
15. ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? Si - No ¿Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó? .....

**OBSERVACIONES ADICIONALES:**

.....

.....

.....

.....

.....

**ADVERTENCIAS ESPECIALES**

El requerimiento de esta Declaración por la Compañía no implica reconocimiento por parte de la misma de la obligación de pagar el importe del seguro y por lo tanto se reserva las acciones y excepciones que le pudiesen corresponder contra el Asegurado o beneficiario.

Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyere necesario, la Compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los tres últimos años.

Al contestar las preguntas 9 y 13, 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 hubiere sobrevenido a raíz de accidente o de manera violenta, se sobreentiende que la palabra "lesión" reemplaza a la palabra "enfermedad" en la pregunta 9.

Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco", "agotamiento" u otras semejantes, a menos que se suministren minuciosos detalles en cada caso.

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

Si el espacio que se destina a las preguntas del médico, resultara insuficiente, utilícese el reservado a Observaciones Adicionales.

En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo a la Compañía.

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

Fechado en \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Nombre y Apellido del Médico**

\_\_\_\_\_  
**Domicilio y Teléfonos**

\_\_\_\_\_  
**Sello y Firma del Médico**

\_\_\_\_\_  
**Nº de Matrícula**