

## DENUNCIA DE FALLECIMIENTO

Nº de Solicitud:

Nº de Siniestro:

Para dar curso al trámite es necesario que complete todos los requisitos de este formulario.

### Datos del Asegurado.

Apellidos:  Nombres:

Domicilio: Calle:  Nº:  Piso/Dpto.:  Localidad:

C.P.:  Provincia:  Teléfono:

Fecha de Nac.:  Edad:  Tipo de Doc.:  Nº de Doc.:  Estado Civil:

CUIT / CUIL:

### Datos sobre el Empleo:

Nombre de la Empresa:  Fecha de Ingreso:  /  /

Último día de Trabajo Efectivo:  /  /  Fecha de distracto laboral:

Obra Social y/o Prepaga:  AFJP:

### Datos sobre el Seguro de Vida:

Fecha de ingreso al Seguro:  /  /  Nº de Póliza

### Datos sobre el Fallecimiento:

Fecha:  /  /  Lugar:  Causa:

Institución:

Si el fallecimiento es causa de un accidente, detallar los hechos y datos del juzgado donde se radique la causa penal:


### Beneficiarios Designados y/o Herederos Legales:

Apellido y Nombres	Domicilio	Tipo Doc.	Nº de Doc.	Parentesco	Edad

El pago del siniestro se hará por: Cheque  Giro  Sobre

Observaciones:



Tipo de Seguro	Seguros Colectivos					Seguro Obligatorio	Vida Individual	Accidentes Personales
	Empresas	Cuentas Corrientes	Saldo Deudores	Contrato Trabajo	Sepelio			
Documentos Requeridos	Muerte	Muerte	Muerte	Muerte		Muerte	Muerte	Muerte
Último Recibo de Sueldo	Sí			Sí	Sí	Sí	Sí	
Certificado de Defunción (Legalizado y/certificado por el registro)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Designación Beneficiarios o constancia de Herederos Legales	Sí	Sí				Sí		Sí
Informe Médico y/o Historia Clínica	Sí	Sí	Sí	Sí			Sí	Sí
Factura de gastos de Sepelio					Sí			
Fotocopia Extracto de Cuenta con el correspondiente débito al mes de Fallecimiento		Sí						
Carta del Contratante con: a) N° de Grupo y Orden; b) SALdo de deuda; c) Cantidad de cuotas a vencer importe			Sí					
Fotocopia de Contrato de Suscripción			Sí					
Declaración de Salud			Sí					

#### IV) Control interno (Espacio Reservado para la Compañía de Seguros de Vida):

Estado de la Cobranza:  Fecha de cobranza:  /  /

Fecha de Entrega a Cobranzas:  /  /  Fecha de Devolución de Cobranzas:  /  /

Listado de Facturación: Sí  No  Aviso de Siniestro Importante: Sí  No

Traspaso de Cartera: Sí  No  Fecha de Entrega al Dpto. Comercial:  /  /

Cláusulas Vigentes:  Motivo:

Fecha de inicio de Vigencia de la Póliza:  /  /

#### II) Asesoría Médica:

Fecha:  /  /  Dictamen Médico: Aceptar  Rechazar

Preexistencia  Retención  Otros:

Fecha de Diagnóstico:

#### III) Asesoría Letrada:

Fecha:  /  /  Dictamen Legal:

#### IV) Liquidación del Siniestro:

Total a Pagar: US\$  \$  Reaseguro  Coaseguro Cía.: %  Neto:

Detalle del Cálculo: Capital Asegurado:  Múltiplo por Sueldo:  Saldo Deudor:

Tasa de Prima:  Por Capital:

Retención Según Recibo / Listado:  % Tasa

Fecha de envío a la Compañía Coaseguradora:  /  /

#### V) Reaseguro:

Contrato:  Importe:

Forma de Recupero: Facultativo:  Bordereau:  Pago Contado:

Fecha Notificación al Sectro Reaseguros:  /  /  Fecha de Acreditación:

Observaciones

## INFORME DEL MÉDICO

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 dorso.

### Datos del Asegurado.

Apellidos:  Nombres:

Domicilio: Calle:  N°:  Piso/Dpto.:  Localidad:

C.P.:  Provincia:  Teléfono:

Edad:  Fecha de Nac.:  Ocupación:

### Datos sobre el Fallecimiento:

Lugar del Fallecimiento:  Fecha:

Causa inmediata del Fallecimiento:

Causa alejada de Fallecimiento (¿Qué enfermedades?):

1- ¿Era Usted su médico asistente? Sí  No

(Completar datos Médico Tratante o Último Médico Asistente)

2- Antecedentes Personales:

3- ¿Desde qué fecha comenzó Usted a tratarlo?

4- ¿Cuándo comenzó Usted a asistirlo por la última enfermedad?

(Indicar la fecha según la Historia Clínica)

5- ¿Cuáles fueron los primeros signos objetivos que motivaron al Asegurado fallecido a consultarlo?

6- Detalle de los exámenes complementarios que solicitó:

Tipo de Examen  Fecha  Resultados

7- Detalle de los tratamientos que prescribió al paciente con motivo de su última enfermedad.

8- ¿Dónde asistió Usted al Asegurado?

Consultorio  Domicilio Particular  Institución hospitalaria, sanatorial y/u Obra Social

Indique el nombre de las entidades:

9- ¿Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 10 años?

Sí  No

¿Estuvo el Asegurado internado con motivo del diagnóstico y tratamiento en los últimos 5 años?

Sí  No

### Detalle sobre Internaciones:

Fecha	Motivo	Diagnóstico	Evolución Cursada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Aclaraciones:

10- ¿A qué fecha o época considera Usted podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado?

11- ¿Podría indicar los nombres y direcciones de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubiesen sido consultados en relación con su enfermedad base u otras?

Nombres de los Profesionales

Dirección y Teléfono

12- ¿Conocía el Asegurado la enfermedad padecida? Sí  No  ¿Desde cuándo?

13- ¿Tiene Usted en su poder los protocolos y estudios médicos complementarios, solicitados para el diagnóstico, a los que fuera sometido el Asegurado por su última enfermedad? Sí  No

14- En caso de respuesta negativa en el ítem anterior, ¿figuran esos estudios en la Historia Clínica de alguna institución hospitalaria o sanatorial? Sí  No  ¿En cuál?

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

16- ¿Desde qué fecha permaneció el Asegurado recluido o impedido de atender sus ocupaciones?

17- ¿Influyó de algún modo en el fallecimiento el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o residencia del Asegurado,

18- Observaciones Adicionales: Sí  No

Detalle:

18- Observaciones Adicionales:

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

Fecha en  el día  de  de 20

Nombre y Apellido del Médico  Matrícula N°:

Domicilio del Consultorio:  Teléfono:

Domicilio Particular:  Teléfono:

Firma

**Indicaciones Especiales.**

El requerimiento de esta Declaración no implica el reconocimiento, por parte de la Compañía, de pagar el importe del seguro, y por lo tanto, se reserva acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el Asegurado o Beneficiario.

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

Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Compañía el derecho de requerir aclaraciones o cualquier