



## DENUNCIA DE FALLECIMIENTO SEGUROS DE VIDA

### INFORME DEL CONTRATANTE/DENUNCIANTE

Apellido y nombres del asegurado: .....

D.N.I.: .....

Nacido en: ..... Fecha: .....

Estado Civil: ..... Nombre del Cónyuge: .....

Póliza Nro: ..... Certificado Nro: ..... Último Sueldo \$: .....

Fecha de ingreso al empleo: ..... / ..... / ..... Último día de trabajo efectivo: ..... / ..... / .....

Fecha de fallecimiento: ..... / ..... / ..... Lugar: .....

Causa: .....

.....

**OBSERVACIONES:** .....

.....

**Lugar y Fecha:** .....

.....  
**Firma del Tomador/Denunciante**

**NOTA:** Esta comunicación deberá ser acompañada por Partida de Defunción. En caso de muerte accidental se deberá acompañar Sumario Policial.

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO**

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad. (Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas).

1. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (Domicilio, Sanatorio, Policlínico, etc.)	
2. A) ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado?	A)
B) ¿Cuándo comenzó a asistirlo de esta enfermedad? (Precise la fecha)	B)
C) ¿Qué síntomas presentaba?	C)
D) ¿Por estos síntomas y su historia clínica, a qué fecha podrá remontarse la enfermedad?	D)
E) ¿Cuál fue la evolución ulterior de la enfermedad?	E)
F) ¿Se realizaron análisis, radiografías y otras pruebas diagnósticas? ¿Cuáles? ¿En poder de quién se hallan?	F)
G) ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo?	G)
H) ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte?	H)
I) ¿Esta causa de muerte está vinculada con la enfermedad padecida?	I)
J) Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento.	J)
3. ¿Desde que fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?	
4. ¿Se instruyó acta policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? (Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó)	
5. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del asegurado?	
6. ¿De qué enfermedades de importancia sabe Usted que padeció el extinto? (Trate, además de precisar fechas, duración y secuelas)	
7. A) ¿Sabe Usted de algún otro médico que lo haya atendido en los últimos dos años?	A)
B) Nombre y Dirección.	B)

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 2 .....

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO  
 \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO  
 \_\_\_\_\_  
 MATRÍCULA Nro.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL MÉDICO

**A COMPLETAR POR SANCOR SEGUROS:**

AUTORIZACIÓN: SI  NO   
 CAUSA DE LA NEGATIVA: Falta de pago:  Fuera de vigencia:  Preexistencia:  Otros:   
 No asegurado:  En carencia:  Reticencia:

<p><b>V°B° Auditoria Médica:</b></p> <p>Fecha:...../...../.....      Firma</p>	<p><b>Ampliaciones Médicas a Solicitar:</b></p> <p>..... Fecha:.....</p> <p>..... Fecha: .....</p> <p>..... Fecha: .....</p>
--	--