

INFORME DEL MEDICO SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO SECCION VIDA - SINIESTROS

Esta declaración debe ser completada de PUÑO Y LETRA por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad. Se ruega contestar todas las preguntas en LETRAS IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible; y al efecto téngase en cuenta las indicaciones al dorso, evitando el uso de expresiones genéricas como "Paro Cardio - respiratorio" o "Asistolia Ventricular", etc.

ASEGURADO FALLECIDO

Apellido y Nombre: _____
Domicilio: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Talla: _____ Peso: _____
¿Desde qué fecha lo conocía Ud.? _____

INFORMACION MEDICA

Lugar del fallecimiento: (sanatorio, domicilio particular, etc.) _____
Fecha de Nacimiento: _____
¿Era Ud. su médico asistente? Si No Desde _____ Hasta _____
¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado? _____
¿Cuándo comenzó a asistirlo de esa enfermedad? _____
¿Qué síntomas presentaba? _____
Por esos síntomas y su historia clínica. ¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad? _____
¿Qué exámenes complementarios le solicitó? _____
Fecha _____ Resultado _____
Diagnóstico definitivo: _____
¿Cuál fue la evolución ulterior de la enfermedad? _____
¿Conocía el Asegurado su enfermedad? Si No ¿Desde cuando? _____
¿Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 5 años? _____
¿Qué otras enfermedades de importancia padeció el Asegurado? _____
¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte? _____
¿Se instruyó sumario policial / judicial? Si No
¿Se practicó reconocimiento médico post-mortem? Si No
Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento _____

Indique si influyó en el fallecimiento directa o indirectamente: uso de drogas alcohol
 ocupación residencia

En el caso que el paciente haya sido atendido por otro profesional, indicar nombre y dirección: _____

¿Desde que fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones? _____
¿Tenía algún grado de incapacidad laboral? Si No ¿Cuál? _____ ¿Desde cuando? _____

DATOS DEL MEDICO

Apellido y Nombre: _____
Domicilio: _____ Tel: _____
Matrícula Nro.: _____

Declaro que lo expresado por mi en este formulario es exacto y completo, según mi leal saber y entender.
En la ciudad de _____ a los _____ días del mes.
de _____ de _____

FIRMA

