

Denuncia de Fallecimiento

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

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

1. DATOS DEL ASEGURADO

Apellidos y Nombres: _____

Documento Tipo: DNI ☐ LE ☐ LC ☐ PAS ☐ Nro.: _____

CUIT ☐ CUIL ☐ Nro.: _____ - _____ - _____ Sexo: F ☐ M ☐

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____

Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Edad: _____ años Estado Civil: S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ Lugar de Nacimiento: _____

Profesión: _____

Email: _____

Datos sobre el Empleo

Nombre de la Empresa: _____

Fecha de ingreso: _____ - _____ - _____

Último día de Trabajo Efectivo: _____ - _____ - _____ Fecha de distracto laboral: _____ - _____ - _____

Obra Social/Prepaga: _____

Datos sobre el Seguro de Vida

Fecha ingreso al Seguro: _____ - _____ - _____ Nro. 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 NOMBRE	DOMICILIO	TIPO Y NRO. DE DOC.	PARENTESCO	EDAD

Observaciones: _____

FECHA	FIRMA Y SELLO (PARA VIDA COLECTIVO SE CONSIDERA DENUNCIANTE AL CONTRATANTE)

Documentación a adjuntar según tipo de Seguro se detalla al dorso.

Importante: declaro conocer las indicaciones especiales expuestas en el punto 4 del presente formulario.

DOCUMENTOS REQUERIDOS	TIPO DE SEGURO	SEGUROS COLECTIVOS					SEGURO OBLIGATORIO	VIDA INDIVIDUAL	ACCIDENTES PERSONALES
		EMPRESAS	CUENTAS CORRIENTES	SALDOS DEUDORES	CONTRATO TRABAJO	SEPELIO			
		MUERTE	MUERTE	MUERTE	MUERTE		MUERTE	MUERTE	MUERTE
ÚLTIMO RECIBO DE SUELDO		SI			SI	SI	SI	SI	
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (LEGALIZADO Y CERTIFICADO POR EL REGISTRO)		SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS O CONSTANCIA DE HEREDEROS LEGALES		SI	SI				SI		SI
INFORME MÉDICO Y/O HISTORIA CLÍNICA		SI	SI	SI	SI			SI	SI
FACTURA DE GASTOS DE SEPELIO						SI			
FOTOCOPIA EXTRACTO DE CUENTA CON EL CORRESPONDIENTE DÉBITO AL MES DE FALLECIMIENTO			SI						
CARTA DEL CONTRATANTE CON: A) NRO. DE GRUPO Y ORDEN; B) SALDO DE DEUDA; C) CANTIDAD DE CUOTAS A VENCER IMPORTE				SI					
FOTOCOPIA DE CONTRATO DE SUSCRIPCIÓN				SI					
DECLARACIÓN DE SALUD				SI					

2. DATOS DEL TOMADOR (COMPLETAR CUANDO EL TOMADOR ES DISTINTO DEL ASEGURADO)

a. Persona Física

Apellidos y Nombres: _____

Documento Tipo: DNI ☐ LE ☐ LC ☐ PAS ☐ Nro.: _____

CUIT ☐ CUIL ☐ Nro.: _____ - _____ - _____ Sexo: F ☐ M ☐

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____

Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Edad: _____ años Estado Civil: S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ Lugar de Nacimiento: _____

Profesión: _____

Email: _____

b. Persona Jurídica

Denominación / Razón Social: _____

Fecha de Inscripción Registral: _____ - _____ - _____ Nro.: _____

CUIT / CDI Nro.: _____ - _____ - _____ Fecha Contrato / Escritura: _____ - _____ - _____

Domicilio Legal: Calle: _____ Nro.: _____

Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono Sede Social: (_____) _____ - _____

Email: _____

Actividad Principal Realizada: _____

Datos del Representante Legal

Apellidos y Nombres: _____

Documento Tipo: DNI ☐ LE ☐ LC ☐ PAS ☐ Nro.: _____

CUIT ☐ CUIL ☐ Nro.: _____ - _____ - _____ Sexo: F ☐ M ☐

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____

Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Nacionalidad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Edad: _____ años Estado Civil: S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ Lugar de Nacimiento: _____

Profesión: _____

Email: _____

3. 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 del punto 4 del presente formulario.

Datos del Asegurado

Apellidos y Nombres: _____
Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____
Piso: _____ Depto.: _____ C.P.: _____ Localidad: _____
Provincia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____
Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____ Edad: _____ 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? SI ☐ 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 fecha según 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: _____ - _____ - _____	Resultado: _____
Tipo de examen: _____	Fecha: _____ - _____ - _____	Resultado: _____
Tipo de examen: _____	Fecha: _____ - _____ - _____	Resultado: _____
Tipo de examen: _____	Fecha: _____ - _____ - _____	Resultado: _____

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? SI ☐ NO ☐

¿Estuvo el Asegurado internado con motivo del diagnóstico y tratamiento en los últimos 5 años? SI ☐ NO ☐

Detalle sobre Internaciones

FECHA	MOTIVO	DIAGNÓSTICO	EVOLUCIÓN CURSADA

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? SI ☐ 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? SI ☐ NO ☐

14. En caso de respuesta negativa en el ítem anterior, ¿figuran esos estudios en la Historia Clínica de alguna institución hospitalaria o sanatorial? SI ☐ 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 recluso 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? SI ☐ NO ☐ Detalle: _____

18. Observaciones adicionales:

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

Fechado en _____ el día ____ - ____ - _____

Nombre y Apellido del Médico: _____

Matrícula Profesional Nro.: _____

Domicilio Consultorio: Calle: _____ Nro.: _____

Piso: ____ Depto.: ____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

Domicilio Particular: Calle: _____ Nro.: _____

Piso: ____ Depto.: ____ C.P.: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

FIRMA	ACLARACIÓN

4. 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 otra información, si lo estimara necesario.

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