

Denuncia de Fallecimiento

COMPLETAR EN LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

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

Detalle de documentación que adjunta a la presente denuncia:

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 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

El pago del siniestro se hará por Transferencia Bancaria. Adjuntar con la denuncia el formulario de Pago por Transferencia.

Observaciones: _____

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

Documentos Requeridos:

- Formulario de denuncia de fallecimiento completo
- Certificado de defunción (Legalizado y certificado por el Registro)
- Informe Médico y/o Historia Clínica
- Copia autenticada de DNI de los beneficiarios
- Formulario de Identificación de Beneficiarios
- PEP (Persona Expuesta Políticamente)
- Formulario de auto certificación de Datos Fiscales (CRS)
- En caso de muerte traumática o por accidente, copia de la causa penal completa.

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

Fecha: _____ - _____ - _____ Lugar del fallecimiento: _____
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.

Fecha 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: (_____) _____ - _____

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.

FECHA DENUNCIA	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL DENUNCIANTE (SE CONSIDERA DENUNCIANTE AL BENEFICIARIO/HEREDERO)

FECHA INFORME MÉDICO	FIRMA Y ACLARACIÓN DEL MÉDICO