



# SAN PATRICIO

SEGUROS DE VIDA Y SALUD

## ***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 y al efecto ténganse en cuenta las indicaciones impresas al dorso.

1. Apellido y nombres del asegurado	
2. ¿Desde qué fecha lo conocía Ud.?	
3. En la fecha del deceso: a) ¿cuál era su residencia? b) ¿cuál era su ocupación?	
4. Especifique con la mayor exactitud posible los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer:	Edad ..... años. Estatura ..... cm. peso ..... kg. Color: del cabello ..... de los ojos ..... Señas particulares .....
5. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento y en qué fecha?	
6. ¿Era Ud. su médico asistente? En caso afirmativo, ¿desde qué fecha?	
7. a) ¿Cuáles fueron las afecciones –aún las banales- por las que le prestó asistencia médica? b) ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado por la cual lo consultó? c) ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? Precisar fecha d) ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a Ud.? e) ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron sus resultados? f) ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad? g) ¿Padeció el asegurado complicaciones o intercurencias en su enfermedad de base? Le rogamos detallarlas. h) ¿En qué lugar asistió Ud. al asegurado? Precise el nombre de la/s entidad/es. ¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna obra social? ¿Cuál? i) ¿Estuvo el asegurado internado a raíz de su última enfermedad en los últimos cinco años? Precise fechas, motivos de internación, diagnóstico y evolución cursada. j) ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones? k) ¿A qué fecha considera Ud. que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del asegurado? l) ¿Podría detallar los nombres y direcciones de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubieran sido llamados en interconsulta en relación a su enfermedad de base u otras? m) ¿Conocía el asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo? n) ¿Algún familiar o amigo del asegurado consultó a Ud. o fue informado por Ud. acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso? ¿En qué fecha? o) ¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del asegurado? Salvo que no existan otras, rogamos evitar expresiones tales como “síncope”, “paro cardiorespiratorio”, etc. p) ¿Tiene Ud. en su poder los protocolos de los estudios paraclínicos a los que fuera sometido por su última enfermedad? En caso negativo, ¿figuran en la historia clínica de alguna institución? ¿Cuál? q) ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del asegurado?	
8. a) ¿Antes de la última enfermedad del extinto, en qué otras le prestó Ud. asistencia médica o fue consultado? b) ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?	
9. ¿Sabe Ud. de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años? Precise nombre y dirección	



# SAN PATRICIO

SEGUROS DE VIDA Y SALUD

10. Si el fallecimiento del asegurado fue causado por un accidente, sírvase facilitarnos los detalles que sean de su conocimiento:	
a) ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? ¿Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó?	
b) Lugar, fecha y hora en que se produjo el accidente	
c) Circunstancias en las que se produjo	
d) Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial	
e) Instituciones donde estuvo internado	
f) Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados	
g) Complicaciones o interurrencias	
h) Diagnóstico anatomoclínico final	
i) Causa final que indujo a la muerte	
j) Lugar en que se produjo el deceso (hospital, sanatorio, domicilio, etc.)	
k) Nómina de médicos que participaron en la asistencia del asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso	

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

Fecha en ..... el día ..... de ..... de .....

.....  
**NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO**

.....  
**FIRMA DEL MEDICO**

.....  
**DOMICILIO DEL CONSULTORIO**

.....  
**DOMICILIO PARTICULAR**

.....  
**Nº DE MATRICULA PROFESIONAL**

.....  
**TELEFONO**

## ADVERTENCIAS ESPECIALES

El requerimiento de ésta Declaración por ésta Compañía no implica reconocimiento por parte de la misma de la obligación de pagar el importe del seguro y por lo tanto se reserva las acciones y excepciones que le pudieran corresponder contra el asegurado o el beneficiario. Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyera necesario, la Compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los dos últimos años.

Al contestar las preguntas 7 y 8, consígnese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición, su duración y consecuencias, pues así se facilitará, en el caso de corresponder, el pronto pago del siniestro.

Si la muerte hubiese sobrevenido a raíz de accidente o de manera violenta, se sobreentiende que la palabra "lesión" reemplaza a la palabra "enfermedad" en la pregunta 7.

Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco", "agotamiento", u otras semejantes, a menos que se suministre minuciosos detalles en cada caso.

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, utilícese el reservado al efecto al pie de ésta página.

En caso de haberse instruido sumario policial, solicitamos nos brinde la mayor información posible.

## OBSERVACIONES

.....

.....

.....

.....

.....

.....