

**Informe Médico por fallecimiento**

Este cuestionario debe ser completado por el médico que asistió al asegurado, contestando con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

Póliza N°	Siniestro N°

**Datos del asegurado**

Apellido y nombre (completos): \_\_\_\_\_  
 DNI / CUIL: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:    /    /

**Datos del siniestro**

Fecha de ocurrencia:    /    /    Hora: \_\_\_\_\_ Lugar de fallecimiento: \_\_\_\_\_  
 Causa del fallecimiento: \_\_\_\_\_

**Declaración del médico asistente**

¿Era usted su médico asistente? En caso afirmativo ¿desde qué fecha?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron las afecciones por las que le prestó asistencia médica?: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado por la cual lo consultó?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó a asistirlo en dicha enfermedad?: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del asegurado?: \_\_\_\_\_

¿En qué fecha considera Ud. Que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del asegurado?: \_\_\_\_\_

¿Conocía el asegurado la enfermedad que sufría? : \_\_\_\_\_ ¿Desde que fecha? \_\_\_\_\_

¿Estuvo el asegurado internado a raíz de su última enfermedad? \_\_\_\_\_

Precise las fechas y lugar de internación: \_\_\_\_\_

Cite otros médicos que hayan asistido al asegurado : \_\_\_\_\_

Si el deceso fue causado por accidente, por favor describa detalles que sean de su conocimiento: \_\_\_\_\_

Si se instruyó sumario policial o se realizó reconocimiento médico post- mortem, indique cuál, por quién y conclusiones

**Datos del Médico**

Apellidos y nombres: \_\_\_\_\_ Matrícula N°: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Teléfonos: \_\_\_\_\_

Domicilio laboral: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto.: \_\_\_\_\_

C.P.: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Observaciones**

Declaro que todas las informaciones dadas son completas y exactas, asumiendo total responsabilidad por su veracidad y comprometiéndome a brindar toda otra información complementaria que llegue a mi conocimiento o que se me solicite y esté a mi alcance suministrar.

<b>Lugar y fecha</b>	<b>Apellido y nombre del Médico Asistente</b>	<b>Sello y firma del Médico Asistente</b>
----------------------	---	---