

DECLARACIÓN DEL MÉDICO

FOR-STRO-02-A



Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad, o que certificó su fallecimiento. (Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posibles todas las preguntas y, al efecto, téngase en cuenta las indicaciones que figuran al pie).

1. Nombres y apellidos completos del Asegurado _____

2. ¿Desde qué fecha lo conocía usted? _____

3. A) En la fecha del deceso, ¿cuál era su residencia? _____

B) ¿Le conoció usted otro domicilio? SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____

4. A) En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación? _____

B) ¿Le conoció usted otra ocupación? SI ___ NO ___ ¿Cuál? _____

5. Especifique con mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencias física del asegurado al fallecer:

Edad _____ Estatura _____ Peso _____ Color de cabello _____ de los ojos _____

Señas particulares _____

6. A) ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (domicilio, sanatorio, clínica, etc) _____

B) ¿En qué fecha? ____/____/____

7. ¿Era usted su médico asistente? SI ___ NO ___ En caso afirmativo, ¿desde qué fecha? ____/____/____

8. A) ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado por la cual lo consultó? _____

B) Según su historia clínica, ¿cuándo comenzó a asistirlo por esta enfermedad? (precise la fecha)

____/____/____

C) ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a usted? _____

D) ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fecha y cuáles fueron los resultados? _____

E) ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad? _____

F) ¿Padeció el Asegurado complicaciones o incurrencias en su enfermedad de base? SI ____ NO ____

Detalle _____

G) ¿Asistió usted al Asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna institución hospitalaria o sanatorial? Precise el nombre de la/s entidad/es: _____

H) ¿Lo atendió como paciente privado o a través de una obra social o institución? ¿Cuál? _____

I) ¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su última enfermedad, con motivo del diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años? SI ____ NO ____ Precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada _____

J) ¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado? _____

K) ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? SI ____ NO ____ ¿Desde cuándo? ____/____/____

L) ¿Cuál fue la causa de su muerte? (evitar expresiones como “paro cardiorespiratorio”, “asistolia ventricular” o similares) _____

M) ¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a usted o fue informado acerca de la afección que, directa o indirectamente causó el deceso? SI ____ NO ____ ¿En qué fecha? ____/____/____

N) ¿Tiene usted en su poder los protocolos y estudios paraclínicos que se le realizaron al Asegurado?
SI ____ NO ____

Ñ) En caso negativo, ¿figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria? ¿Cuál? _____

9. A) ¿Algún otro médico lo atendió durante su enfermedad de base u otras? SI ____ NO ____

B) Nombre, dirección y teléfono _____

10. ¿Desde que fecha permaneció recluido o impedido de atender sus ocupaciones? _____

11. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado? SI ____ NO ____ Detalle _____

12. A) Antes de la última enfermedad del extinto, ¿en qué otras le prestó usted asistencia o fue consultado? _____

B) ¿En qué fechas, qué tratamientos y cuál fue el resultado en cada caso? _____

C) ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? (trate de precisar fechas, evolución y secuelas) _____

13. Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase de facilitar los detalles que sean de su conocimiento (circunstancias, lugar, causa final que indujo la muerte, etc.) _____

14. ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? SI ____ NO ____

¿Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó? _____

OBSERVACIONES ADICIONALES _____

ADVERTENCIAS ESPECIALES

El requerimiento de esta Declaración por la 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 pudiesen corresponder contra el Asegurado o beneficiario.

Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyere necesario, la Compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los tres últimos años.

Al contestar las preguntas 9 y 13, consígnese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición, su duración y consecuencias, pues así se facilitará el PRONTO PAGO del siniestro.

Si la muerte hubiere sobrevenido a raíz de accidente o de manera violenta, se sobreentiende que la palabra "lesión" reemplaza a la palabra "enfermedad" en la pregunta 9.

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

Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Compañía el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si lo estima necesario.

Si el espacio que se destina a las preguntas del médico, resultara insuficiente, utilícese el reservado a Observaciones Adicionales. En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo a la Compañía.

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

Fechado en _____ el día _____ de _____ de 20____.

Apellido y nombre del médico

Firma y sello del médico

Domicilio y Tel. del médico

N° de matrícula