Declaración de Siniestro - SIN02

Life GROUP
Aseguramos tu vida

Por favor, completar con letra de imprenta

FALLECIMIENTO - DECLARACIÓN DEL MÉDICO

La presente declaración debe ser realizada por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad. Todas las preguntas deben contestarse con la mayor claridad y amplitud posible y deben ser completadas de puño y letra del médico.

Nombre completo del Asegurado: .....

¿Desde cuándo conocía al Asegurado? (Indique) Día:..... Mes:..... Año:.....

¿Cuál era el lugar de residencia del Asegurado al momento del deceso? .....

¿Conoce algún lugar de residencia anterior del Asegurado? ¿Cuál? .....

¿Cuál era la ocupación/actividad del Asegurado al momento del deceso? .....

¿Conoce alguna ocupación/actividad anterior del Asegurado? ¿Cuál? .....

¿Cuál era la contextura física del Asegurado al momento del deceso? Edad: ..... Altura: ..... Mts. Peso: ..... Kg.

¿Cuál fue el lugar donde se produjo el deceso? ..... ¿En qué fecha se produjo el deceso? .....

¿Era usted el médico asistente cuando se produjo el deceso? ..... ¿Desde qué fecha asistía al Asegurado? ...../...../.....

¿Cuáles fueron las enfermedades, afecciones o consultas -aún las más banales- por las que le prestó asistencia médica al Asegurado desde que comenzó usted a atenderlo? .....

¿Cuál fue la última enfermedad por la cual usted recibió una consulta del Asegurado? *Se ruega indicar diagnóstico exacto.*

Según su historia clínica, ¿desde qué fecha comenzó a asistirlo por esa enfermedad? .....

¿Cuáles fueron los primeros signos -objetivos o subjetivos- que tuvo el Asegurado y que motivaron la consulta? .....

¿Cuáles fueron los exámenes complementarios realizados? ¿En qué fecha se realizaron y cuáles fueron los resultados? .....

¿Cuáles fueron los tratamientos que usted prescribió con motivo de esta enfermedad? .....

¿Padeció el Asegurado complicaciones o intercurrencias en su enfermedad de base? O SI O NO *En caso afirmativo, precisar detalles.*

¿En qué lugar asistió al Asegurado? ¿En su domicilio particular, en el consultorio, en alguna institución hospitalaria o sanatorial? *Dar detalles*

¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna obra social, prepaga o institución? ¿Cuál? .....

¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su última enfermedad, en los últimos cinco años? O SI O NO *En caso afirmativo, precisar Lugar, fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.*

¿A qué fecha considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado?

Si es de su conocimiento, detalle los nombres y domicilios de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubieran sido llamados en interconsulta en relación a su enfermedad de base u otras. .....

Declaración de Siniestro - SIN02

¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? O SI O NO *En caso afirmativo, desde cuándo* .....

¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a usted o fue informado por usted acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso? O SI O NO *En caso afirmativo, precisar en qué fecha* .....

¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del Asegurado? evitar expresiones tales como "Paro cardiorespiratorio", "Asistolia ventricular", o similares. .....

¿Tiene usted los protocolos, los estudios paraclínicos a los que fuera sometido el Asegurado por su última enfermedad? O SI O NO

En caso negativo, ¿figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria o sanatorial? ¿Cuál? .....

¿Tiene usted conocimiento desde qué fecha el Asegurado permaneció recluido o impedido de atender sus ocupaciones? .....

¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado? O SI O NO *En caso afirmativo, dar detalles* .....

Antes de la última enfermedad del Asegurado, ¿en qué otras le prestó usted asistencia médica o fue consultado? .....

¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso? .....

¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el Asegurado? Se ruega precisar fechas, duración y secuelas. .....

¿Sabe usted de algún otro médico que lo haya atendido en los dos últimos años? O SI O NO *En caso afirmativo, precisar detalles*

COMPLETAR EN CASO DE FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? O SI O NO *En caso afirmativo, precisar detalles*

ACCIDENTE Lugar: ..... Fecha: ..... Hora: .....

Circunstancias en las que se produjo el accidente .....

Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial .....

Instituciones donde estuvo internado .....

Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados .....

Complicaciones o intercurrencias .....

Diagnóstico anatomoclínico final .....

Causa final que indujo a la muerte .....

Lugar en que se produjo el deceso (hospital, sanatorio, domicilio, etc.) .....

Nómina de médicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso .....

En caso que lo considere pertinente, puede hacer aclaraciones en un hoja adjunta con fecha y rúbrica.
Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto, según mi leal saber y entender.

Firma del Médico: ..... Fecha: .....

Nombre completo: ..... Matrícula: .....

Domicilio particular: ..... Teléfono: .....

Domicilio consultorio: ..... Teléfono: .....