

### Informe Médico

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.

Lugar y fecha	Apellido y nombre del Médico Asistente	Sello y firma del Médico Asistente
---------------	--	------------------------------------