

# DENUNCIA DE SINIESTRO - DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO

PÓLIZA N°:

Esta declaración se formulará por la persona o personas a quienes corresponde cobrar el importe del seguro. Si hubiera más de un beneficiario, pueden hacerla conjuntamente o si no quisieran hacerla así se suministrará igual formulario a cada uno para que se haga por separado.

Cuando el importe del seguro deba pagarse a los representantes legales del asegurado, la información será formulada por el albacea o administrador y se presentará copia legalizada del nombramiento y de los poderes del mismo. Cuando el importe del seguro deba pagarse a un menor de edad, el tutor formulará la declaración. Cuando el importe del seguro deba pagarse a un beneficiario especificado y, por la muerte de éste, deba hacerse a otra persona se presentará un testimonio legalizado de acta de defunción del beneficiario fallecido. Cuando el importe del seguro o parte del mismo deba pagarse "a los hijos del asegurado", sin haberse mencionado el nombre de los mismos, "o a los herederos legales del asegurado", se presentará declaratoria de herederos en testimonio legalizado.

Cuando el beneficiario no sepa firmar, esta declaración deberá ser firmada por una persona capacitada, con indicación de que lo hace "a ruego del/la Sr./a. \_\_\_\_\_] por no saber firmar", y a continuación firmarán dos testigos. Las tres firmas se harán autenticar por un Escribano Público o autoridad competente del lugar. Todas las preguntas deberán ser contestadas en forma clara y completa.

**NOTA:** El presente debe ser completado en su totalidad y en forma clara, y firmado por el Reclamante. Por favor utilice letra de imprenta. La recepción de este formulario no significa la aceptación del siniestro por parte de la Compañía. Cuando los espacios provistos para las respuestas resulten insuficientes, favor de consignar los detalles que considere relevantes de este formulario en hoja aparte.

## DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

D.N.I./L.C./L.E.: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

### COMPLETE SEGÚN SU CONOCIMIENTO:

RESIDENCIA DEL ASEGURADO CUANDO CONTRATÓ EL SEGURO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN QUE TENÍA CUANDO CONTRATÓ EL SEGURO: \_\_\_\_\_

SI CAMBIÓ POSTERIORMENTE DE OCUPACIÓN: ¿CUÁL FUE LA NUEVA OCUPACIÓN?: \_\_\_\_\_

¿DESDE CUÁNDO LA EJERCIÓ?: \_\_\_\_\_

## DATOS DE LA PÓLIZA

N° DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_ FECHA DE EMISIÓN: \_\_\_\_\_ SUMA ASEGURADA: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL SINIESTRO

CAUSA DEL FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

LUGAR DEL FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA DEL FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

Se adjuntará copia legalizada de la partida de defunción expedida por la oficina del registro civil.

## DATOS ADICIONALES

### COMPLETE SEGÚN SU CONOCIMIENTO:

NOMBRE Y RESIDENCIA DEL/LOS MÉDICO/S QUE HAYA/N ASISTIDO AL ASEGURADO DURANTE EL AÑO ANTERIOR AL FALLECIMIENTO: \_\_\_\_\_

¿DESDE CUÁNDO CONOCÍA USTED AL ASEGURADO? (INDIQUE EL NÚMERO DE AÑOS): \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ OTRAS COMPAÑÍAS Y POR QUÉ SUMA ESTABA ASEGURADA LA VIDA DEL ASEGURADO?: \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ CARÁCTER O CON QUÉ TÍTULO RECLAMA USTED EL IMPORTE DEL SEGURO?: \_\_\_\_\_

### Observación (menores de edad no deben firmar)

Declaro ante los testigos que firman al pie que lo expresado por mí en este formulario es exacto y completo, según mi leal saber y entender.

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL TESTIGO Y DOMICILIO

FIRMA DEL TESTIGO Y DOMICILIO

FIRMA DEL BENEFICIARIO

NOMBRE Y APELLIDO

DOMICILIO Y TELÉFONO

# FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO DECLARACIÓN DEL MÉDICO 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 teniéndose en cuenta las indicaciones impresas al dorso.

## DATOS DEL ASEGURADO

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO A LA FECHA DEL DECESO:

¿SE LE CONOCIÓ OTRO DOMICILIO?, INDÍQUELO:

¿DESDE QUÉ FECHA LO CONOCÍA?:

OCUPACIÓN A LA FECHA DEL DECESO:

SI SE LE CONOCIÓ OTRA OCUPACIÓN, INDÍQUELO:

**Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física al fallecer.**

EDAD:

ESTATURA:

PESO:

COLOR DE CABELLO:

COLOR DE OJOS:

SEÑAS PARTICULARES:

¿DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO? (DOMICILIO, POLICLÍNICO ETC.):

FECHA:

SI ERA SU MÉDICO ASISTENTE INDIQUE DESDE QUE FECHA:

¿DE QUÉ ENFERMEDADES ANTERIORES A LA QUE OCASIONÓ LA MUERTE, LO ATENDIÓ O FUE CONSULTADO? (INDIQUE FECHAS Y RESULTADOS):

ULTIMA ENFERMEDAD Y SÍNTOMA QUE PRESENTABA:

FECHA A LA QUE PODRÍA REMONTARSE LA ENFERMEDAD POR ESOS SÍNTOMAS Y SU HISTORIA CLÍNICA:

TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO DE SU ÚLTIMA ENFERMEDAD:

¿CUÁL FUE SU DIAGNÓSTICO ACERCA DEL FALLECIMIENTO?:

SI SE REALIZARON ANÁLISIS, RADIOGRAFÍAS Y/U OTRAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS INDIQUE CUÁLES Y DONDE SE ENCUENTRAN:

SI EL ASEGURADO CONOCÍA LA ENFERMEDAD QUE SUFRÍA, INDIQUE DESDE QUE FECHA:

¿ALGÚN ALLEGADO DEL ASEGURADO CONSULTÓ A UD. O FUE INFORMADO POR UD., ACERCA DE LA AFECCIÓN QUE CAUSÓ DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL DECESO?:

¿EN QUÉ FECHA?:

SI EL DECESO FUE CAUSADO POR ACCIDENTE, DÉ LOS DETALLES QUE SEAN DE SU CONOCIMIENTO:

SI SE INSTRUYÓ SUMARIO POLICIAL O SE PRACTICÓ RECONOCIMIENTO MÉDICO POST-MORTEM, INDIQUE CUAL, POR QUIÉN Y CONCLUSIONES:

**Si otro médico lo atendió durante su última enfermedad, indique:**

APELLIDO Y NOMBRE:

DOMICILIO:

SEGÚN SU CRITERIO, ¿DESDE QUE FECHA ESTUVO IMPEDIDO DE ATENDER SUS OBLIGACIONES?:

¿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

# FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO DECLARACIÓN DEL MÉDICO DEL ASEGURADO

SI SABE QUE HAYA PADECIDO OTRAS ENFERMEDADES DE IMPORTANCIA NO ATENDIDAS POR UD., MENCIÓNELAS:

\_\_\_\_\_

Si es posible indique fechas y secuelas:

FECHAS: \_\_\_\_\_ SECUELAS: \_\_\_\_\_

FECHAS: \_\_\_\_\_ SECUELAS: \_\_\_\_\_

FECHAS: \_\_\_\_\_ SECUELAS: \_\_\_\_\_

FECHAS: \_\_\_\_\_ SECUELAS: \_\_\_\_\_

Indique también nombre y domicilio de los médicos que lo hayan asistido de las enfermedades anteriormente mencionadas.

NOMBRE Y APELLIDO:

\_\_\_\_\_

DOMICILIO:

\_\_\_\_\_

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

LUGAR Y FECHA:

\_\_\_\_\_

MATRÍCULA N°:

TELÉFONO:

\_\_\_\_\_

DOMICILIO:

\_\_\_\_\_

NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO

FIRMA DEL MÉDICO

### Advertencias Especiales

El requerimiento de esta Declaración no implica reconocimiento por parte del Asegurador de la obligación de pagar el importe del seguro y por 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 creyere necesario, el Asegurador podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto. Consígnese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición, su duración y consecuencias, pues así se facilitará la LIQUIDACION 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". Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco", agotamiento u otras semejantes a menos que se suministre minuciosamente detalles en cada caso. Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose el Asegurador 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 en esta página. En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse una copia para el Asegurador.