

Nombre y Apellido del Asegurado: DNI: Póliza N°:

Esta declaración debe ser completada de PUÑO Y LETRA por el Médico Asistente al momento del fallecimiento del Asegurado, o que asistió al mismo durante su última enfermedad, según el caso. Se deben contestar todos los campos de datos solicitados en LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE, con la mayor claridad y amplitud posible, evitando el uso de expresiones genéricas como "Paro Cardio-Respiratorio" o "Asistolia Ventricular" etc.

Datos del Siniestro Muerte Natural Muerte accidental (!) Se debe adjuntar copia del sumario judicial certijado. Causa:

Lugar del Fallecimiento: _____ Fecha de fallecimiento: _____

*(!) Se debe adjuntar copia legalizada de la partida de defunción expedida por la Oficina del Registro Civil.***DATOS DEL MÉDICO ASISTENTE**

Apellido y Nombres: _____

Documento: DNI LC LE Pasaporte Nro. _____ E-mail: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____ Provincia: _____ CP: _____

Especialidad: _____ Matrícula: _____

Teléfono del consultorio: (_____) _____ Teléfono celular: (_____) _____

*¿Cuáles fueron las principales razones por las cuales Ud. lo atendió y que enfermedades detectó? Indicar fechas y diagnósticos.*_____
_____*¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado?* __________
_____*¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (Indique la fecha)* __________
_____*¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad?* _____

Detalle, la causa del fallecimiento del Asegurado: _____

¿Se practicó Autopsia? Sí No Explique: _____*¿Se instruyó Sumario Judicial/Policial?* Sí No Motivo: _____**Antecedentes Médicos***¿Adjunta Historia Clínica?* Sí No*¿En poder de quién se encuentra?* _____

Razón Social: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (_____) _____

Observaciones Adicionales: __________

Conforme lo establecido en el Art. 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326, el titular de los datos personales solicitados en el presente formulario, tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo. Asimismo se informa que la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales, órgano de control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan en relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

Lugar y Fecha: _____ Firma y Aclaración del Médico _____