

INFORME DEL CONTRATANTE/DENUNCIANTE

PÓLIZA	CERTIFICADO	SELLO DE ENTRADA A CORPORACIÓN
NRO. DE SINIESTRO		

TOMADOR	APELLIDO Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL											
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> CUIT				NRO.:		-		-		-	
	CALLE						NRO.		PISO		D.T.O.	
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELÉFONO		

ASEGURADO	APELLIDO Y NOMBRES											
	TIPO DE DOCUMENTO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> LE <input type="checkbox"/> LC <input type="checkbox"/> CI				NRO.:		-		-		FECHA DE NACIMIENTO	
	CALLE						NRO.		PISO		D.T.O.	
	CÓD. POSTAL			LOCALIDAD			PROVINCIA			TELÉFONO		
	ESTADO CIVIL			NOMBRE DEL CÓNYUGE								
	FECHA DE INGRESO AL EMPLEO			ÚLTIMO DÍA DE TRABAJO EFECTIVO			ÚLTIMO SUELDO					
	FECHA DE FALLECIMIENTO			LUGAR								
	CAUSA											
	OBSERVACIONES											

En caso de requerir el pago por transferencia bancaria deberá adjuntar copia de la constancia de CBU.

LUGAR: _____	FIRMA DEL TOMADOR/DENUNCIANTE	ACLARACIÓN DE FIRMA
FECHA: ____/____/____		

A fin de conocer la documentación a presentar en caso de siniestro, consulte el PROTOCOLO DE SINIESTROS en www.gruposancorseguros.com

INFORME DEL CONTRATANTE/DENUNCIANTE

DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOBRE LA MUERTE 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).	
	1. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (domicilio, sanatorio, policlínico, etc.)	
	2. A) ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado? (precise la fecha)	A)
	B) ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esta enfermedad?	B)
	C) ¿Qué síntomas presentaba?	C)
	D) Por estos síntomas y su historia clínica, ¿a qué fecha podrá remontarse la enfermedad?	D)
	E) ¿Cuál fue la evolución ulterior de la enfermedad?	E)
	F) ¿Se realizaron análisis, radiografías y otras pruebas diagnósticas? ¿Cuáles? ¿En poder de quién se hallan?	F)
	G) ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo?	G)
	H) ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte?	H)
	I) ¿Esta causa de muerte está vinculada con la enfermedad padecida?	I)
	J) Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento.	J)
	3. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?	
	4. ¿Se instruyó acta policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? (¿Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó?)	
5. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del asegurado?		
6. ¿De qué enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? (trate, además de precisar fechas, duración y secuelas)		
7. A) ¿Sabe usted de algún otro médico que lo haya atendido en los últimos dos años?	A)	
B) Nombre y dirección.	B)	
LUGAR: _____	_____ NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO	_____ FIRMA DEL MÉDICO
FECHA: ____/____/____	_____ MATRÍCULA	_____ ACLARACIÓN DE FIRMA
Vª Bª AUDITORÍA MÉDICA:		AMPLIACIONES MÉDICAS A SOLICITAR:
FECHA: ____/____/____	_____ FIRMA DEL MÉDICO	_____ FECHA: ____/____/____
		_____ FECHA: ____/____/____
		_____ FECHA: ____/____/____

Verificar si corresponde agregar protocolo de siniestro.