

# Denuncia de Muerte

## 1. Datos del Asegurado

1.a. Apellido/s y Nombre/s \_\_\_\_\_ N° de Póliza \_\_\_\_\_  
 Contratante\* \_\_\_\_\_  DNI  LE  LC  CI  CE  Pas. N° \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Actividad laboral \_\_\_\_\_  
 CUIL  CUIT N° [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ] - [ ]

1.b. Domicilio real: Calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_  
 Dpto. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

(\*) Definiciones en la guía del formulario.

## 2. Datos del Siniestro

### 2.a. Para completar en caso de fallecimiento por:

accidente  causas naturales (Deberá adjuntarse información médica relacionada con la enfermedad causante del fallecimiento).

a.Causa \_\_\_\_\_ b.Lugar \_\_\_\_\_ c.Hora \_\_\_\_\_

d.Ocurrencia del Siniestro: Fecha [ ] / [ ] / [ ]

### En caso de accidente indicar:

¿Cómo ocurrió? (le rogamos indique con precisión los detalles del accidente) \_\_\_\_\_

¿Se hizo denuncia policial?  Si  No

2.b. ¿En qué otras compañías y por qué sumas estaba asegurada la vida del Asegurado? \_\_\_\_\_

2.c. ¿Cuál es su relación y/o parentesco con el Asegurado? \_\_\_\_\_

En este acto autorizo a la compañía a obtener en mi nombre toda documentación médica y no médica que se me solicite en relación con el siniestro denunciado, así como a colaborar en la obtención de la misma. Declaro ante los testigos que firman al pie que lo expresado por mí en este formulario es exacto, según mi leal saber y entender.

### 2.d. Coberturas / Causa:

### Documentación adicional obligatoria

Accidente

Copia certificada de la partida o certificado de defunción.\*

Causa penal con resultado de pericias y dosajes realizados

Causas naturales/enfermedad

Copia certificada de la partida o certificado de defunción.

Declaración del médico.

(\*) Definiciones en la guía del formulario.

Firme  
aquí

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del Denunciante \_\_\_\_\_





## 5. Preguntas a completar por el Médico

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_  
 a.Causa \_\_\_\_\_ b.Lugar \_\_\_\_\_ c.Hora \_\_\_\_\_  
 d.Ocurrencia del Siniestro: Fecha \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

1. Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física del Asegurado al fallecer: Edad \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

2. ¿Era usted su médico asistente?  Sí  No En caso afirmativo, ¿desde qué fecha? \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

3.a. ¿Cuáles fueron las afecciones, aún las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó usted a atenderlo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3.b. ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado por la cual lo consultó? Complete su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo. \_\_\_\_\_

3.c. Según su historia clínica, ¿cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

3.d. ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a usted?  
 \_\_\_\_\_

3.e. ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron sus resultados?  
 \_\_\_\_\_

3.f. ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad?  
 \_\_\_\_\_

3.g. ¿Padeció el Asegurado complicaciones o interurrencias en su enfermedad de base?  
 \_\_\_\_\_

3.h. ¿Asistió usted al Asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna institución hospitalaria o sanatorial? Precise el nombre de la o las entidades. ¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna obra social o institución? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

9.i. ¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su última enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años? Precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.  Sí  No  
 \_\_\_\_\_

9.j. ¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado? \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

9.k. 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. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

9.l. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo?  Sí  No \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

9.II. ¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a Ud. o fue informado por usted acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso? ¿En qué fecha?  Sí  No \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Firme aquí	Apellido/s y Nombre/s del Médico	Firma del Médico	Nº Matrícula Profesional
	_____		
	Domicilio del consultorio		
	_____		
	Domicilio particular	Teléfono	
	_____		_____

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

9.m. ¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del Asegurado? Salvo que no exista otra, evitar expresiones tales como "Paro cardio-respiratorio", "Asistolia ventricular", o similares. \_\_\_\_\_

9.n. ¿Tiene usted en su poder los protocolos, los estudios paraclínicos a los que fuera sometido el Asegurado por su última enfermedad?  Sí  No

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

10. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones? \_\_\_\_\_

11. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado? Detalle:  Sí  No \_\_\_\_\_

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

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

13. ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? Trate además de precisar fechas, duración y secuelas: \_\_\_\_\_

14.a. ¿Sabe usted de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años?  Sí  No

14.b. Nombre y domicilio: \_\_\_\_\_

**En caso de muerte por accidente:**

15.c. Circunstancias en las que se produjo: \_\_\_\_\_

15.d. Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial: \_\_\_\_\_

15.e. Instituciones donde estuvo internado: \_\_\_\_\_

15.f. Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados: \_\_\_\_\_

15.g. Complicaciones o intercorrientes: \_\_\_\_\_

15.h. Diagnóstico anatomoclínico final: \_\_\_\_\_

15.i. Causa final que indujo a la muerte: \_\_\_\_\_

15.j. Lugar en que se produjo el deceso  hospital  sanatorio  domicilio  otro

15.k. Nómina de médicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso: \_\_\_\_\_

Firme aquí	Apellido/s y Nombre/s del Médico	Firma del Médico	Nº Matrícula Profesional
	Domicilio del consultorio		
	Domicilio particular	Teléfono	

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

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

Firme aquí	Apellido/s y Nombre/s del Médico	Firma del Médico	Nº Matrícula Profesional
	Domicilio del consultorio		
	Domicilio particular	Teléfono	

**Datos Personales.** Los datos personales se recopilan con la finalidad de adherirlo al Seguro que solicitas, administrar tu seguro, para efectos estadísticos, referencias comerciales, ofertas de marketing, cumplimiento de disposiciones legales, y/o para propender a mejorar la calidad del servicio, y se almacenarán en la base de datos de clientes de Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. que se encuentra registrada ante la AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (AAIP).

Como titular de los datos, tenés la facultad de ejercer los derechos de acceso, rectificación y supresión de los datos en cualquier momento y de forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto. Para ello, por favor comunicate con el Centro de Atención al Cliente: 0800-222-7500.

La AAIP, en su carácter de Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Al presentar este formulario, autorizas a Life Seguros de Personas y Patrimoniales S.A. a transferir local o internacionalmente tus datos personales a sociedades afiliadas, inclusive a aquellas que se encuentran ubicadas en países que no otorgan los niveles de seguridad requeridos por la Ley N° 25.326.

