

Declaración del Médico Asistente

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? _____
- 4.a. ¿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 _____
- 4.b. ¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado? ____|____|____
- 4.c. 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. _____
- 4.d. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo? Sí No ____|____|____
- 4.e. ¿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 ____|____|____
- 4.f. ¿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. _____
- 4.g. ¿Tiene usted en su poder los protocolos, los estudios paraclínicos a los que fuera sometido el Asegurado por su última enfermedad? Sí No

Firme aquí	Apellido/s y Nombre/s del Médico	Nº Matrícula Profesional
	Firma del Médico	Fecha

Nombre y Apellido del Asegurado _____ DNI _____

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

5. ¿Desde qué fecha permaneció recluido o impedido de atender sus ocupaciones? _____

6. ¿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 _____

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

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

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

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

9.b. Nombre y domicilio: _____

En caso de muerte por accidente:

10.a. Circunstancias en las que se produjo: _____

10.b. Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial: _____

10.c. Instituciones donde estuvo internado: _____

10.d. Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados: _____

10.e. Complicaciones o intercurencias: _____

10.f. Diagnóstico anatomoclínico final: _____

10.g. Causa final que indujo a la muerte: _____

10.h. Lugar en que se produjo el deceso hospital sanatorio domicilio otro

10.i. Nómina de médicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso: _____

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	Teléfono	
	Domicilio particular	Fecha	
	_____	_____	

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.