

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO
SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO (NO ACCIDENTAL)**

Para ser completado por el establecimiento asistencial donde se efectuó la internación. Cualquier internación debe ser comunicada a TPC Compañía de Seguros S.A dentro de los cinco días corridos de haberse efectuado la misma.

Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad. (Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible las preguntas y al efecto téngase en cuenta las indicaciones impresas al dorso.)

1. Nombre/s y apellido/s del asegurado :

2. ¿Desde qué fecha lo conocía ud.?

3. En la fecha del deceso, ¿cuál era su residencia?

4. ¿Le conoció ud. otro domicilio?

5. a. En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación?

 b. ¿Le conoció ud. otra ocupación?

6. Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer : Edad :

Estatura : Peso : Color de cabello :

Señales particulares :

7. a. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (Domicilio, sanatorio, policlínico, etc)

 b. ¿En qué fecha?

8. ¿Era ud. su médico asistente? En caso afirmativo ¿desde qué fecha?

9. a. ¿Cuáles fueron las afecciones, aún las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó ud. a atenderlo?

 b. ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado por la cual lo consultó? (Le rogamos de serle posible, su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo).

 c. ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (Encaremos precisar la fecha, según su historia clínica).

 d. ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a ud?

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

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO
SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO (NO ACCIDENTAL)**

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

g. ¿Padeció el asegurado complicaciones o intercurcierias en su enfermedad de base? Le rogamos detallarlas :

h. ¿Asistió ud. al asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna hospitalaria o sanatorial?(Precise el nombre de la o las instituciones). ¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna obra social o institución? ¿Cuál?

i. ¿Estuvo el asegurado internado, a raíz de su enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años? Le rogamos nos precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.

j. ¿A qué fecha o época considera ud. que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del asegurado?

k. ¿Podría detallar los nombres y direcciones de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubieran sido llamados en interconsulta en relación a su enfermedad de base u otras?

l. Conocía el asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo?

m. ¿Algún familiar o amigo del asegurado consultó a ud. o fue informado por ud. acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso? ¿En que fecha?

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO
SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO (NO ACCIDENTAL)**

n. ¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del asegurado? (Salvo que no exista otra le rogamos evitar expresiones tales como "paro cardio-respiratorio" "asistolia ventricular", etc.)

ñ. ¿Tiene ud. en su poder los protocolos los estudios paraclínicos a los que fuera sometido el asegurado por su última enfermedad?

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

10. ¿Desde que fecha permaneció recluido 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?

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

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

13. ¿De que otras enfermedades de importancia sabe ud. que padeció el extinto? (Trate además de precisar fechas, duración y secuelas).

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO
SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO (NO ACCIDENTAL)**

14. a. ¿Sabe ud. de algún otro médico que lo haya atendido en los ultimos años?

b. Nombre y dirección :

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

Nombre y apellido : Domicilio

Firma del médico :

del consultorio : Matrícula

Domicilio particular :

profesional Nº :

Teléfono / E-mail :

Advertencias especiales : El requerimiento de esta Declaración por la Compañía no implica reconocimiento por parte de la misma de la obligación de pagar el importe del seguro y por lo 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 creyera necesario, la Compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los dos últimos años. Al contestar las preguntas 9, 12 y 13, consignese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición, su duración y consecuencias, pues así se facilitará el PRONTO PAGO 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" en la pregunta 9. Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco", "agotamiento" u otras semejantes, a menos que se suministre minuciosos detalles en cada caso. Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la compañía el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información. si lo estimara necesario. Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resulta insuficiente, utilícese el reservado al efecto al pie de esta página. En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo por la compañía.

Observaciones adicionales :