

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____ D.N.I.: _____

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Universidad en que se graduó: _____ Número de Matrícula: _____

Domicilio: Calle: _____ N°: _____ Piso: _____ Depto.: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____ Teléfono: _____

Declaración:

POR FAVOR LEER, PREVIO A RESPONDER AL CUESTIONARIO, LA LEYENDA DE LA HOJA 2

1. ¿Desde qué fecha lo conocía usted?

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

3. ¿Le conoció usted otro domicilio?

4. En la fecha del deceso ¿cuál era su ocupación? ¿Le conoció usted otra ocupación?

5. Especificar con la mayor exactitud datos relacionados con su apariencia física al fallecer: (edad, estatura, peso, color de cabello, color de ojos, señas particulares)

6. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (Domicilio, Sanatorio, Policlínico, etc.) ¿En qué fecha?

7. ¿Era usted su médico asistente? ¿Desde qué fecha?

8. ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado?

9. ¿Cuándo comenzó a asistirlo de esta enfermedad?

10. ¿Qué síntomas presentaba?

11. Por esos síntomas y su historia clínica ¿a qué fecha podía remontarse la enfermedad?

12. ¿Cuál fue la evolución ulterior de la enfermedad?

13. ¿Se realizaron análisis, radiografías y otras pruebas diagnosticadas? ¿Cuáles?
¿En poder de quién se hallan?

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

15. ¿Cuál es la causa inmediata de su muerte?

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

17. Si el fallecimiento fue causado por accidente, indique los detalles que sean de su conocimiento.

18. ¿Algún otro médico le atendió durante la última enfermedad? Indique nombre y dirección.

19. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?

20. ¿Se instituyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? ¿Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó?

21. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del asegurado?

22. ¿Antes de la última enfermedad del extinto, en qué otras le presentó usted asistencia médica o fue usted consultado? ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?

23. ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? De ser posible indique fechas, duración y secuelas.

24. ¿Sabe usted de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años? Indique nombre y dirección.

Firmada en, _____ el día _____ de _____ de 20 _____

Firma y Sello del Médico

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, en las hojas 1 y 2 que la componen, con la debida firma del Médico Asistente en ambas. Sírvasse remitir este formulario cumplimentado en todos sus puntos a Galicia Seguros S.A. Maipú 241 (C1084ABE) Buenos Aires, Argentina.

