

Detalle los tratamientos que le prescribió al paciente con motivo de su última enfermedad

.....
.....

¿Dónde asistió Ud. al Asegurado? Indique el Nombre de las Entidades

Consultorio Domicilio Particular Instit.. Hospitalaria, Sanatorial – Obra Social

¿Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 5 años?

SI NO



Datos sobre Internaciones

Aclaraciones

.....
.....

¿A qué fecha o época considera Ud. que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado?:

.....
.....

¿Conocía el Asegurado la enfermedad padecida? SI NO ¿Desde cuando?

Tiene Ud. en su poder los protocolos médicos complementarios, solicitados para el diagnóstico, a los que fuera sometido el Asegurado por última enfermedad? SI NO

En caso de respuesta negativa en el ítem anterior, ¿figuran esos estudios en la Historia Clínica de alguna Institución hospitalaria o sanatorial? SI NO Indique cuál

Si el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, indique los detalles que sean de su conocimiento:

.....
.....

¿Desde que fecha permaneció el Asegurado recluso o impedido de atender sus ocupaciones?

.....

Observaciones Adicionales

.....

.....

.....



Datos del médico

Nombre y Apellido del Médico:

Matrícula:

Domicilio del consultorio: **Teléfono:**

Domicilio particular: **Teléfono:**

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

Lugar y Fecha	Firma de médico	Aclaración
---------------	-----------------	------------

Indicaciones Especiales:

El requerimiento de esta declaración no implica reconocimiento por parte de la Compañía 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 últimos dos años. 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 resultara insuficiente, por favor utilice el reservado para Observaciones Adicionales.