

El presente formulario debe ser contestado, de su puño y letra, con claridad **por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad**. Se solicita, por favor, contestar con la mayor claridad y amplitud posible.

- El punto N°7 es obligatorio e indispensable -

Fallecido	1) a. Nombre/s y Apellido/s del Asegurado b. DNI /LC/LR/Pasaporte/Otros	
	2) ¿Desde qué fecha lo conoce?	
	3) En la fecha del deceso, ¿cuál era su residencia?	
	4) ¿Le conoció otro domicilio?	
	5) a. En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación? b. ¿Le conoció otra ocupación?	a. _____ b. _____
	6) Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer.	Edad: _____ Estatura: _____ Peso: _____ Color de cabello: _____ Color de ojos: _____ Señas particulares: _____
Fallecimiento	7) a. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (domicilio, sanatorio, policlínico, etc.) b. ¿Fecha y hora del hecho? c. ¿Cual fue la causa del mismo? d. De haber, antecedentes clínicos.	a. _____ b. _____ c. _____ d. _____
	8) ¿Era su médico asistente? En caso afirmativo, ¿desde qué fecha?	a. _____ b. _____
	9) a. ¿Cuáles fueron las afecciones, aún las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó a atenderlo? b. ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado por la cual lo consultó? Solicitamos, de ser posible, su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo. c. ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? Solicitamos 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? f. ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad? g. ¿Padeció el Asegurado complicaciones o intercurencias en su enfermedad de base? Solicitamos detallarlas.	a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____ g. _____

V-FOR-DMF

<p>9) h. ¿Asistió al Asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna hospitalaria o sanatorial? Precise el nombre de la/s entidad/es.</p> <p>¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna Obra Social o Institución? ¿Cuál?</p> <p>i. ¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años? Solicitamos precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.</p> <p>j. ¿A qué fecha o época considera que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado?</p> <p>k. ¿Podría detallar los nombres y direcciones de otros profesionales que lo hubieran sido llamados en ínter consulta en relación a su enfermedad de base u otras?</p> <p>l. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo?</p> <p>m. ¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a Ud. o fue informado por Ud. acerca de la afección que, directamente o indirectamente, causó el deceso? ¿En qué fecha?</p> <p>n. ¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del Asegurado? Salvo que no exista otra, solicitamos por favor evitar expresiones tales como "paro cardio-respiratorio" "asistolia ventricular", etc.</p> <p>ñ. ¿Tiene en su poder los protocolos de los estudios paraclínicos a los que fue sometido el Asegurado por su última enfermedad?</p> <p>o. En caso negativo, ¿figura en la historia clínica de alguna institución hospitalaria o sanatorial? ¿Cuál?</p> <p>p. Si, el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, solicitamos detallar los que sean de su conocimiento en el apartado destinado al final del formulario.</p>	<p>h. _____ _____ _____ _____</p> <p>i. _____ _____ _____ _____</p> <p>j. _____ _____ _____ _____</p> <p>k. _____ _____ _____ _____</p> <p>l. _____ _____ _____ _____</p> <p>m. _____ _____ _____ _____</p> <p>n. _____ _____ _____ _____</p> <p>ñ. _____ _____ _____ _____</p> <p>o. _____ _____ _____ _____</p> <p>p. _____ _____ _____ _____</p>
<p>10) ¿Desde qué fecha permaneció recluido o impedido de atender sus ocupaciones?</p>	<p>_____ _____ _____</p>
<p>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?</p>	<p>_____ _____ _____ _____</p>

V-FOR-DMF

<p>12) a. Antes de la última enfermedad del extinto, ¿en qué otras le prestó asistencia médica o fue consultado?</p> <p>b. ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?</p>	<p>a. _____</p> <p>_____</p> <p>b. _____</p> <p>_____</p>
<p>13) ¿Qué otras enfermedades de importancia sabe que padeció el extinto? Solicitamos intente precisar fechas, duración y secuelas.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>14) a. ¿Sabe de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años?</p> <p>b. Nombre y dirección</p>	<p>a. _____</p> <p>_____</p> <p>b. _____</p>
<p>15) En caso de muerte por accidente:</p> <p>a. ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? Cuál, por quién y a qué conclusiones arribo.</p> <p>b. Lugar, día, mes, año y hora en que se produjo el accidente.</p> <p>c. Circunstancias en las que se produjo.</p> <p>d. Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial.</p> <p>e. Instrucciones donde estuvo el internado.</p> <p>f. Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que se fueron practicando.</p> <p>g. Complicaciones o interurrencias.</p> <p>h. Diagnóstico anatomoclínico final.</p> <p>i. Causa final que indujo a la muerte.</p> <p>j. Lugar en que se produjo el deceso (hospital, sanatorio, domicilio, etc.)</p> <p>k. Norma de médico que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso.</p>	<p>a. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>b. _____</p> <p>_____</p> <p>c. _____</p> <p>_____</p> <p>d. _____</p> <p>_____</p> <p>e. _____</p> <p>_____</p> <p>f. _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>g. _____</p> <p>_____</p> <p>h. _____</p> <p>_____</p> <p>i. _____</p> <p>_____</p> <p>j. _____</p> <p>_____</p> <p>k. _____</p> <p>_____</p>

V-FOR-DMF

En caso que el firmante de la presente DDJJ no sea quien asistió al asegurado y la muerte se haya producido en Domicilio, deberá adjuntar a la presente un certificado del profesional que asistió al mismo en el que conste:

- lugar, fecha y hora del deceso
- motivo y antecedentes del mismo si los hubiere
- Sello, firma y aclaración clara de la misma.

Recuerde que en caso de que la muerte se haya producido en algún Establecimiento de Salud deberá adjuntar a la presente declaración jurada la Historia Clínica Completa del paciente.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

ADVERTENCIAS ESPECIALES:

El requerimiento de esta Declaración por Orígenes Seguros de Vida S.A. no implica reconocimiento por parte de la Compañía 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, consígnese detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre la fecha de aparición, su duración y consecuencias. De esta manera, 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 las palabras "enfermedad" de la pregunta 9.

Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "sincope cardiaco", "agotamiento" u otras semejantes, a menos de que suministre minuciosos detalles en cada caso.

Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resulta insuficiente, utilice el reservado al pie de esta página.

En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitar el mejor conocimiento del mismo por la Compañía.

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

Nombre y Apellido del Médico

Firma y Sello del Médico

Domicilio del Consultorio

Fecha

Nº de Matricula Profesional

Teléfono