

**DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOBRE  
LA MUERTE DEL ASEGURADO**

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 todas las preguntas y al efecto téngase en cuenta las indicaciones impresas al dorso).

1	Nombre y Apellido del asegurado.										
2	Desde qué fecha lo conocía Ud.?										
3	En la fecha del deceso, ¿Cual era su residencia?										
4	¿Le conoció Ud. otro domicilio?										
5	a) En la fecha del deceso ¿Cual era su ocupación?										
	b) ¿Le conoció Ud. otra ocupación?										
6	Especifique con mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Edad</td> <td style="width: 33%;">Estatura</td> <td style="width: 33%;">Peso</td> </tr> <tr> <td>Color del</td> <td colspan="2">de los ojos</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Señas particulares</td> </tr> </table>	Edad	Estatura	Peso	Color del	de los ojos		Señas particulares		
Edad	Estatura	Peso									
Color del	de los ojos										
Señas 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) ¿Cuales fueron las afecciones, aún las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó Ud. a atenderlo?										
	b) ¿Cual fue la última enfermedad del asegurado por la cual lo consultó? (Le rogamos, de ser posible, su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo)										
	c) ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (encarecemos precisar la fecha, según su historia clínica)										
	d) ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que motivaron a consultarle a Ud.?										
	e) ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron los resultados?										
	f) ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad?										
	g) ¿Padeció el asegurado complicaciones o interurrencias en su enfermedad de base? Le rogamos detallarlas.										
	h) ¿Asistió Ud. 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?										
	i) ¿Estuvo el asegurado internado, a raíz de su última 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?										
	ll) ¿Algún familiar o amigo del asegurado consultó a Ud. o fué informado por Ud. acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso? Fecha.										
	m) ¿Cuál fué la causa desencadenante final de la muerte del asegurado? Salvo que no exista otra rogamos evitar expresiones tales como "paro cardio-respiratorio" "asistolia ventricular", etc.)										
	n) ¿Tiene Ud. en su poder los protocolos, los estudios paraclínicos a los que fuera sometido el asegurado por su última enfermedad?										
	ñ) En caso afirmativo, ¿figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria o sanatorio? ¿Cuál?										
	o) Si el fallecimiento del asegurado fuera causado por un accidente, sírvase facilitarnos los detalles que sean de su conocimiento en el apartado destinado a tal fin, que figura al dorso.										
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 qué otras prestó Ud. asistencia médica o fué consultado?	
	b) ¿En qué fechas, durante cuanto tiempo y cuál fué el resultado del tratamiento en cada caso?	
13	¿De qué otras enfermedades de importancia sabe Ud. que padeció el extinto? (Trate además de precisar fechas, duración y secuelas)	
14	a) ¿Sabe Ud. de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años?	
	b) Nombre y dirección.	
15	<b>En caso de muerte por accidente:</b>	
	a) ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? (Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó)	
	b) Lugar, día, mes, año y hora en que se produjo el accidente.	
	c) Circunstancias en la que se produjo.	
	d) Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial.	
	e) Instituciones donde estuvo internado.	
	f) Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados.	
	g) Complicaciones e intercurencias.	
	h) Diagnóstico anatomoclínico final.	
	i) Causa final que indujo a la muerte.	
	j) Lugar en que se produjo el deceso. (Hospital, domicilio, sanatorio)	
	k) 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.-

Fecha en ..... el día ..... de ..... de .....

.....  
NOMBRE Y APELLIDO DEL MÉDICO

.....  
FIRMA DEL MÉDICO

.....  
DOMICILIO DEL CONSULTORIO

.....  
DOMICILIO PARTICULAR

.....  
MATRICULA PROFESIONAL N°

.....  
TELEFONO

#### ADVERTENCIAS ESPECIALES

El requerimiento de esta declaración por la Compañía ..... 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 consecuencia, 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 Cía., 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, utilícese el reservado al efecto al pie de ésta página.

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

#### OBSERVACIONES ADICIONALES

*El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCION NACIONAL DE PROTECCION DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Usted podrá solicitar el retiro o bloqueo de sus datos de nuestra base de datos comunicándose al 5300-3450 – marketing@hdi.com.ar. Cualquier consulta no dude en comunicarse con nosotros al 0800-4444-587 de 9:30 a 18:00hs. de lunes a viernes.*