



# DENUNCIA DE SINIESTRO POR MUERTE

Comunicamos a Uds. el fallecimiento del asegurado cuyos datos personales y demás referencias se consignan a continuación, responsabilizándonos de la exactitud de los mismos.

IMPORTANTE: El presente formulario deberá remitirse a la CAJA DE MEDICOS - SEGUROS con copia legalizada del certificado de defunción e informe médico de corresponder.

APELLIDO Y NOMBRES COMPLETOS DEL ASEGURADO FALLECIDO									
L.E.-L.C.-D.N.I.	CEDULA DE IDENTIDAD	Fecha Nacimiento			Edad	Sexo	Estado Civil		
Nº	Nº								
POLIZA Nº	CERTIFICADO Nº	Fecha Fallecimiento			Capital Asegurado				
CAUSA DEL FALLECIMIENTO (1)				LUGAR DE FALLECIMIENTO					
CONTRATANTE DEL SEGURO									
<p>Quedamos debidamente notificados que hasta tanto no se presente en la Aseguradora la documentación establecida en las condiciones generales para acreditar el siniestro no comenzará a regir el plazo previsto para su pago.</p>									
BENEFICIARIOS									
1	Apellido y nombres del beneficiario, consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben			Fecha Nacimiento			Doc. de Identidad		PARENTESCO
				Día	Mes	Año	Tipo	Número	
	Domicilio (calle, Nº, cód.postal, localidad, provincia y teléfono)					Firma de los beneficiarios			
2	Apellido y nombres del beneficiario, consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben			Fecha Nacimiento			Doc. de Identidad		PARENTESCO
				Día	Mes	Año	Tipo	Número	
	Domicilio (calle, Nº, cód.postal, localidad, provincia y teléfono)					Firma de los beneficiarios			
3	Apellido y nombres del beneficiario, consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben			Fecha Nacimiento			Doc. de Identidad		PARENTESCO
				Día	Mes	Año	Tipo	Número	
	Domicilio (calle, Nº, cód.postal, localidad, provincia y teléfono)					Firma de los beneficiarios			
4	Apellido y nombres del beneficiario, consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben			Fecha Nacimiento			Doc. de Identidad		PARENTESCO
				Día	Mes	Año	Tipo	Número	
	Domicilio (calle, Nº, cód.postal, localidad, provincia y teléfono)					Firma de los beneficiarios			
5	Apellido y nombres del beneficiario, consignados tal como figuran en los documentos de identidad que exhiben			Fecha Nacimiento			Doc. de Identidad		PARENTESCO
				Día	Mes	Año	Tipo	Número	
	Domicilio (calle, Nº, cód.postal, localidad, provincia y teléfono)					Firma de los beneficiarios			
OBSERVACIONES: _____									
_____									

(1) Ver INSTRUCCIONES al dorso.

..... de ..... de .....

Firma autorizada del contratante  
y sello aclaratorio

# INFORME DEL MEDICO

Este cuestionario debe ser contestado **de puño y letra por el médico** que asistió al asegurado antes de su fallecimiento

- SE RUEGA CONTESTAR CON LA MAYOR CLARIDAD Y AMPLITUD POSIBLE -

1- Apellido y nombres completos del asegurado fallecido: .....

2- a) Lugar del fallecimiento: .....

b) Fecha del fallecimiento: .....

3- a) ¿Era Ud. su médico asistente?: .....

En caso afirmativo, ¿desde qué fecha?: .....

b) ¿Se encontraba enfermo el asegurado al momento de su muerte?    SI  NO   
(indicar con una cruz la opción correcta)

c) Detalle la enfermedad del asegurado: .....

d) ¿Cuándo comenzó a asistirlo de esta enfermedad?: .....

e) ¿A qué fecha puede remontarse la enfermedad?: .....

f) ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte?:.....

g) Si el fallecimiento fue causado por accidente sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento: .....

4- Observaciones que considere pertinentes a los efectos de la liquidación del siniestro: ....

5- a) Apellido y nombre del médico: .....

b) Matrícula profesional: .....

c) Domicilio: .....

d) Teléfono: .....

.....  
Lugar y fecha

.....  
Firma y sello del médico

## INSTRUCCIONES

En caso de que la causal de fallecimiento, sea de origen traumático, deberá adjuntarse fotocopia autenticada de la constancia policial o judicial, mediante las cuales relate en forma pormenorizada los hechos que provocaron el deceso del asegurado y aclare expresamente si fue accidente, suicidio u homicidio, descartando asimismo, la responsabilidad de los beneficiarios en el hecho.

Los MENORES DE EDAD no emancipados por matrimonio, NO DEBEN FIRMAR; en tales casos deberá hacerlo su representante legal (padre y madre o tutor judicial, según corresponda); se acompañará certificado de nacimiento del menor, dejándose constancia en "Observaciones" del apellido y nombres, parentesco y referencia de documento de identidad del representante, con especial mención de la fecha de su nacimiento.

LOS MENORES EMANCIPADOS POR MATRIMONIO deberán adjuntar la pertinente "Partida de matrimonio".