

Decreto N° 1567/74 del Poder Ejecutivo Nacional
Resolución N° 11.945 de la Superintendencia del Seguros de la Nación

ESTA DECLARACION TIENE QUE HACERSE POR EL MEDICO QUE ASISTIO AL ASEGURADO DURANTE SU ULTIMA ENFERMEDAD y debe escribirla el mismo DE SU PUÑO Y LETRA. Si hubiese intervenido más de un médico, la declaración de cada uno debe ser suministrada en formularios separados, que se enviarán con este objeto, según se exige.

Se ha de presentar una copia del fallo y de las pruebas en que se fundó, siempre que hubiese habido investigación judicial acerca de la causa de muerte.

1. Nombre y apellido completos del asegurado _____
 2. Domicilio _____
¿Le conoció Ud. otro? _____
 3. Ocupación a la fecha de fallecimiento _____
¿Le conoció Ud. otra ocupación? _____
 4. ¿Desde qué fecha conocía Ud. al asegurado? _____
 5. Especifique con toda exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecimiento.
Edad _____ Estatura _____ Peso _____ Color de cabello _____ De los ojos _____
Señas particular _____
 6. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? ·Domicilio, Sanatorio, etc. _____
¿En qué fecha? _____
 7. ¿Fue Ud. su médico de asistencia? ¿En tal caso desde que fecha? _____
 8. ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado atendida por Ud.? _____
Indíquese la fecha en que comenzó a asistirlo de esa enfermedad _____
¿Qué sintomatología presentaba? _____
¿Tiene Ud. Historia Clínica del occiso? _____
Por esos síntomas y su Historia Clínica ¿Cuánto tiempo estuvo sufriendo esa enfermedad? _____
¿Cuál fue la evolución de la misma? _____
¿Se efectuaron análisis, radiografías, y otras pruebas diagnósticas? _____
¿Cuáles? ¿En poder de quién se encuentran? _____
¿Quién practicó los análisis? _____
¿Quién practicó las radiografías? _____
¿Se realizó biopsia? _____
¿Quién realizó el análisis de la biopsia? _____
¿Conocía el Asegurado la enfermedad que le aquejaba? ¿desde cuándo? _____
¿Cuál fue la causa inmediata de la muerte? _____
¿Algún familiar o amigo del Asegurado le consultó o fue informado por Ud. acerca de la afección que en forma directa o indirecta fue causa del deceso? ¿En qué fecha? _____
- En caso de que el fallecimiento se hubiera producido a consecuencia de accidente, facilite los detalles que sean de su conocimiento.

UNIDADES REGIONALES

Buenos Aires
Torre Berkley• Carlos Pellegrini 1023•Piso 2
C1009ABU-CABA•Tel. (011) 4378 8100
bue@berkley.com.ar

Rosario
Mitre 699•S2000COM•Rosario
Tel. (0341) 410 4200
ros@berkley.com.ar

Córdoba
Av. Colón 675•X5000EOC•Córdoba
Tel. (0351) 526 4500
cba@berkley.com.ar

9. ¿Hubo algún otro profesional que lo atendió durante la última enfermedad? _____
Indicar nombre y dirección _____
10. ¿Se hizo alguna investigación policial, judicial o reconocimiento médico post-mortem del cadáver? (¿Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó?) _____
11. ¿Influyó de algún modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o residencia del Asegurado? _____
12. Antes de la última enfermedad ¿en qué otras le prestó Ud. asistencia médica, aconsejó o fue consultado por el extinto?
Indicar fechas, duración y resultado del tratamiento en cada caso. _____

13. ¿Qué otras enfermedades de importancia padeció el Asegurado? (Precisar fechas, duración y secuelas). _____

14. ¿Sabe Ud. de algún otro facultativo que lo haya atendido en los dos últimos años?. (Indicar nombre y dirección) _____

- ¿Qué enfermedad padeció? _____
- ¿Sufrió el occiso alguna intervención quirúrgica? ¿De qué naturaleza? _____
- ¿Tenía en su poder el Asegurado y le exhibió a Ud. resultados de análisis, radiografías, electrocardiogramas, etc.? _____

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

Fecha en _____ el día _____ de _____ de _____
Nombre y Apellido _____ Domicilio _____
N° de Matrícula _____ Firma del Médico _____

ADVERTENCIAS

El requerimiento de la presente declaración por "BEKLEY INTERNATIONAL SEGUROS S.A." no implica reconocimiento por parte de la Compañía de la obligación de pagar el importe asegurado 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 creyere necesario, la Compañía podrá requerir una declaración similar a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al asegurado durante los dos últimos años.

Al contestar las preguntas 8, 13 y 14, consígnense detalles completos de cada proceso patológico, en especial sobre la fecha de aparición, duración, consecuencia, para facilitar el PRONTO PAGO del siniestro.

Si la muerte hubiese sobrevenido a consecuencia de accidente o de forma violenta, se sobreentiende que la palabra "lesión" reemplazará a "enfermedad". Debe evitarse el empleo de términos vagos como "síncope cardíaco", "paralización del corazón", "decaimiento", "agotamiento", u otras semejantes, al menos que se suministren detalles minuciosos en cada caso.

Cada pregunta deberá contestarse en forma separada, reservándose la Compañía el derecho de requerir aclaraciones o cualquier información, si estimara de necesidad.

Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resultara insuficiente, utilícese el reservado a tales efectos al pie de la presente.

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

OBSERVACIONES ADICIONALES

UNIDADES REGIONALES

Buenos Aires
Torre Berkley• Carlos Pellegrini 1023•Piso 2
C1009ABU-CABA•Tel. (011) 4378 8100
bue@berkley.com.ar

Rosario
Mitre 699-S2000COM•Rosario
Tel. (0341) 410 4200
ros@berkley.com.ar

Córdoba
Av. Colón 675•X5000EOC•Córdoba
Tel. (0351) 526 4500
cba@berkley.com.ar