



GENERALI CORPORATE

Compañía Argentina de Seguros

SEGURO DE VIDA COLECTIVO

DENUNCIA DE FALLECIMIENTO INFORME DEL PRINCIPAL

Nombre del Principal		Nacido en													
Apellidos y Nombres completos del asegurado		Fecha													
Póliza N°		Nacionalidad													
Certificado N°		Estado civil													
Ultimo sueldo \$		Suma asegurada \$													
Vigencia		Vigencia													
<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Día	Mes	Año				<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Día	Mes	Año			
Día	Mes	Año													
Día	Mes	Año													

Fallecimiento	Fecha	Fecha de ingreso al empleo
	Lugar	Fecha de última concurrencia al trabajo
	Causa	Fecha de cese en la relación laboral

BENEFICIARIOS

Apellidos y nombres completos	Documentos de Identidad y números	Parentesco	Edad años completos
.....
.....
.....

PAGO DEL SINIESTRO

El pago se hará por cheque sobre

a la orden de

Observaciones

Lugar y fecha

Sello y Firma del Principal

Reconquista 458, 3º piso - C1003ABJ - Bs. As. - Tel.: (54-11) 4857-7942/7 Fax: 4857-7918 / 19 / 20

Denominación Social: GENERALI CORPORATE Compañía Argentina de Seguros S.A.

NOTA: Esta comunicación habrá de ser acompañada del "Informe del Médico" y de copia legalizada de la partida de defunción



GENERALI CORPORATE

Compañía Argentina de Seguros

SECCION VIDA - Sinistros

DECLARACION DEL MEDICO 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, ¿cuál era su residencia?	
4. ¿Le conoció Ud. otro domicilio?	
5. a) En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación?	a)
b) ¿Le conoció Ud. otra ocupación?
6. Especificuese con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer.	Edad Estatura Peso Color del cabello de los ojos Señales particulares
7. a) ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (Domicilio, sanatorio, policlínico, etc.).	a)
b) ¿En qué fecha?	b)
8. ¿Era Ud. su médico asistente? En caso afirmativo ¿desde qué fecha?	
9. a) ¿Cuáles fueron las afecciones, aún las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó Ud. a atenderlo?	a)
b) ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado por la cual lo consultó? (le rogamos, de serle posible, su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo).	b)
c) ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (encarecemos precisar la fecha, según su historia clínica).	c)
d) ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a Ud.?	d)
e) ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron sus resultados?	e)
f) ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad?	f)
g) ¿Padeció el asegurado complicaciones o intercurencias en su enfermedad de base? Le rogamos detallarlas.	g)
h) ¿Asistió Ud. al asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna institución hospitalaria o sanatoria? (precise el nombre de la o las entidades). ¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna Obra Social o Institución? ¿Cuál?	h)
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.	i)
j) ¿A qué fecha o época considera Ud. que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado?	j)
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?	k)
l) ¿Conoció el asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo?	l)
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?	m)
n) ¿Cuál fue 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)
o) ¿Tiene Ud. en su poder los protocolos los estudios paracrínicos a los que fuera sometido por su última enfermedad?	o)
p) En caso negativo, ¿figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria o sanatoria? ¿Cuál?	p)
q) Si el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, sírvase facilitarnos los detalles que sean de su conocimiento en el apartado destinado a tal fin, que figura al dorso.	q)
10. ¿Desde qué fecha permaneció recluso 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 le prestó Ud. asistencia médica o fue consultado?	a)

2103-06/00

b) ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?	b)
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?	a)
b) Nombre y dirección.	b)
15. En caso de muerte por accidente:	
a) ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? (Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó).	a)
b) Lugar, día, mes, año y hora en que se produjo el accidente.	b)
c) Circunstancias en las que se produjo.	c)
d) Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial.	d)
e) Instituciones donde estuvo internado.	e)
f) Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados.	f)
g) Complicaciones o intercurencias.	g)
h) Diagnóstico anatomoclínico final.	h)
i) Causa final que indujo a la muerte.	i)
j) Lugar en que se produjo el deceso (Hospital, Sanatorio, domicilio, etc.).	j)
k) Nómina de médicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso.	k)

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 200.....

.....
NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO

.....
FIRMA DEL MEDICO

.....
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 consecuencias, 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 esta página.

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

OBSERVACIONES ADICIONALES



DECLARACIÓN JURADA DEL CÓNYUGE

El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Artículos 172 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentación

..... de de 20.....

Atento lo requerido en el punto 9 del Artículo 15 "Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación" y lo previsto en el Artículo 8 "Designación de Beneficiarios" del Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio aprobado por Resolución SSN N° 35.333.

Asimismo manifiesto tomar conocimiento de lo dispuesto en el Artículo 1° de la Ley N° 17.562 en cuanto dispone que NO tienen derecho a pensión: 1) el cónyuge que por su culpa o de ambos, estuviere divorciado o separado de hecho al momento de la muerte del causante, 2) los causahabientes en caso de indignidad para suceder o de desheredación, de acuerdo con disposiciones del Código Civil.

En consecuencia DECLARO BAJO JURAMENTO que:

(Tache lo que no corresponda)

SI NO me encontraba separada/o de hecho de mi cónyuge al tiempo de su Fallecimiento

SI NO me encontraba separada/o judicialmente por mutuo consentimiento (Juzgado Secretaria del Departamento Judicial de.....)

SI NO me encontraba divorciada/o judicialmente por mutuo consentimiento (Juzgado Secretaria del Departamento Judicial de.....)

.....
Firma del Declarante

.....
Aclaración de firma Tipo y N° de Documento

Certifico que el declarante ha firmado este documento en mi presencia, y que el número de documento de identidad coincide con el que tuve a la vista.

.....
Lugar y fecha

.....
Firma y sello de la autoridad certificante