

# MUERTE ACCIDENTAL . INFORME DEL MÉDICO

SEGURO DE VIDA COLECTIVO  
SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Para ser completado en el Establecimiento Asistencial donde se efectuó la atención, de puño y letra por el médico que asistió al asegurado.

## DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellido ▶ \_\_\_\_\_ DNI ▶ \_\_\_\_\_

Domicilio ▶ \_\_\_\_\_

Localidad ▶ \_\_\_\_\_ N° ▶ \_\_\_\_\_ Piso ▶ \_\_\_\_\_ Dpto ▶ \_\_\_\_\_

Provincia ▶ \_\_\_\_\_ Edad ▶ \_\_\_\_\_ Ocupación ▶ \_\_\_\_\_

TALLA: 1m ▶ \_\_\_\_\_ cm PESO ▶ \_\_\_\_\_ Kg

Lugar, fecha y hora en que se produjo el accidente ▶ \_\_\_\_\_

Circunstancias en las que se produjo el accidente ▶ \_\_\_\_\_

¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post mortem? (brinde todos los datos de identificación de ello, funcionarios intervinientes, conclusiones a las que se arribó, etc.)

Instituciones de Salud donde estuvo internado el asegurado tras el accidente (nombre y dirección)

Nómina de médicos que asistieron al asegurado tras su accidente:

Tratamientos e intervenciones que se le prestaron tras el accidente:

\_\_\_\_\_ Fecha de Fallecimiento ▶ / / Hora ▶ \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (domicilio, sanatorio, vía pública, etc.):

¿Cuál fue la causa inmediata de su deceso?

¿Conocía usted enfermedades o antecedentes de salud previos al accidente? Brinde detalle de su data y alcance.

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

Nombre y apellido del médico informante ▶ \_\_\_\_\_

Domicilio del consultorio ▶ \_\_\_\_\_

Teléfonos ▶ \_\_\_\_\_ E-mail ▶ \_\_\_\_\_

Observaciones adicionales:

Firma (con sello y matrícula) \_\_\_\_\_

Advertencias especiales: El requerimiento de esta Declaración por la Compañía no implica reconocimiento por parte de la misma 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. Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la compañía el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información si lo estimara necesario. Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resulta 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.

**Confiar Compañía de Seguros S.A.**

Av. Alicia Moreau de Justo 1120 2° piso Of 202 A | CPA C1107AAX | Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tel: (011) 5218 1252 - 5218 1253 | e-mail: [info@confiarseguros.com.ar](mailto:info@confiarseguros.com.ar) | [www.confiarseguros.com.ar](http://www.confiarseguros.com.ar)