



DIVISION SEGUROS DE PERSONAS

**DENUNCIA DE FALLECIMIENTO  
RAMO VIDA COLECTIVO**



**INFORME DEL CONTRATANTE/DENUNCIANTE**

POLIZA	CERTIFICADO		SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
NRO. DE SINIESTRO				

<b>TOMADOR</b>	APELLIDO Y NOMBRES o RAZON SOCIAL									
	TIPO DE DOCUMENTO O CUIT					NRO. DE DOCUMENTO O NRO. DE CUIT				
	DNI	LE	LC	CI	CUIT					
	CALLE					NRO.	PISO	DTO.		
COD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO		

<b>ASEGURADO</b>	APELLIDO Y NOMBRES														
	TIPO DE DOCUMENTO					NRO. DE DOCUMENTO					FECHA DE NACIMIENTO				
	DNI	LE	LC	CI	CUIT										
	CALLE					NRO.	PISO	DTO.							
	COD. POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA			TELEFONO						
	ESTADO CIVIL					NOMBRE DEL CONYUGE									
	FECHA DE INGRESO AL EMPLEO					ULTIMO DIA DE TRABAJO EFECTIVO					ULTIMO SUELDO				
	FECHA DE FALLECIMIENTO					LUGAR									
CAUSA															

<b>OBSERVACIONES:</b>														
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LUGAR: .....		
FECHA: ...../...../.....	FIRMA DEL TOMADOR/DENUNCIANTE	ACLARACION DE FIRMA

<b>FORMA DE PAGO</b>	NUMERO DE CUENTA										BANCO				
	NUMERO DE CBU														

**NOTA: Esta comunicación deberá ser acompañada por Partida de Defunción. En caso de muerte accidental se deberá acompañar Sumario Policial.**

<b>DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO</b>	Este cuestionario debe ser contestado de 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).	
	1. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (Domicilio, Sanatorio, Policlínico, etc.)	
	2. A) ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado?	A)
	B) ¿Cuándo comenzó a asistirlo de esta enfermedad? (Precise la fecha)	B)
	C) ¿Qué síntomas presentaba?	C)
	D) ¿Por estos síntomas y su historia clínica, a qué fecha podrá remontarse la enfermedad?	D)
	E) ¿Cuál fue la evolución ulterior de la enfermedad?	E)
	F) ¿Se realizaron análisis, radiografías y otras pruebas diagnósticas? ¿Cuáles? ¿En poder de quién se hallan?	F)
	G) ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? Desde cuándo?	G)
	H) ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte?	H)
	I) ¿Esta causa de muerte está vinculada con la enfermedad padecida?	I)
	J) Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento.	J)
	3. ¿Desde que fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?	
	4. ¿Se instruyó acta policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? (Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó)	
5. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del asegurado?		
6. ¿De qué enfermedades de importancia sabe Usted que padeció el extinto? (Trate, además de precisar fechas, duración y secuelas)		
7. A) ¿Sabe Usted de algún otro médico que lo haya atendido en los últimos dos años?	A)	
B) Nombre y Dirección.	B)	
LUGAR: .....	NOMBRE Y APELLIDO DEL MEDICO	FIRMA DEL MEDICO
FECHA: ...../...../.....	MATRICULA	ACLARACION DE FIRMA

<b>A COMPLETAR POR SANCOR SEGUROS</b>	<b>AUTORIZACION:</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	<b>CAUSA DE LA NEGATIVA:</b> <input type="checkbox"/> Falta de pago <input type="checkbox"/> Fuera de vigencia <input type="checkbox"/> Preexistencias <input type="checkbox"/> No asegurado  <input type="checkbox"/> En carencia <input type="checkbox"/> Reticencia <input type="checkbox"/> Otros

<b>Vª Bª AUDITORIA MEDICA:</b>	..... <b>FIRMA DEL MEDICO</b> .....	<b>Ampliaciones médicas a solicitar:</b>
FECHA: ...../...../.....		..... Fecha ..... /...../.....
		..... Fecha ..... /...../.....