



**DENUNCIA DE FALLECIMIENTO
RAMO VIDA COLECTIVO**



INFORME DEL CONTRATANTE/DENUNCIANTE

DIVISION SEGUROS DE
PERSONAS

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

TOMADOR	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				

ASEGURADO	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														

OBSERVACIONES:														
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

FORMA DE PAGO	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.

DECLARACIÓN DEL MÉDICO SOBRE LA MUERTE DEL ASEGURADO	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	

A COMPLETAR POR SANCOR SEGUROS	AUTORIZACION: • SI • NO
	CAUSA DE LA NEGATIVA: • Falta de pago • Fuera de vigencia • Preexistencias • No asegurado • En carencia • Reticencia • Otros

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