



**PARANA  
SEGUROS**

**DENUNCIA DE SINIESTRO  
SEG. DE VIDA COLECTIVO (18)**

POLIZA N° .....  
ENDOSO N° .....

Buenos Aires, ..... de ..... 200...

Nombre y apellido del  
Asegurado Principal : ..... Legajo N°.....

Para el caso de fallecimiento del Conyuge

Nombre y Apellido: .....

Direccion: ..... Telefono: .....

CONTRATANTE (Empresa): .....

Domicilio y Telefono: .....

Fecha de Fallecimiento: ..... Causa: ..... Lugar: .....

Fecha de Nacimiento: ..... Doc. De Identidad: Tipo y N°.....

Nro. de CUIT / CUIL: .....

Fecha de ingreso al empleo : .....

Fecha de egreso o baja al empleo : .....

Ultimo sueldo percibido (Bruto) : \$. ..... Fecha : .....

Último día efectivamente trabajado . .....

Licencias extraordinarias: .....

**BENEFICIARIOS**

Nombre y Apellido	Direccion y Telefono	Doc. de Identidad Tipo y N°

**NOTA:** Al presente formulario debe adjuntarse :

- 1) Fotocopia autenticada del Certificado de Defuncion.
- 2) Fotocopia certificada de los recibos de haberes del fallecido de los ultimos tres meses.
- 3) Fotocopia del D.N.I. De los beneficiarios designados, las dos primeras hojas.
- 4) Telefono de los beneficiarios.
- 5) El formulario de designacion de beneficiarios debera ser remitido con la documentacion mencionada precedentemente.
- 6) Fotocopia del CUIL del fallecido.
- 7) Fotocopia completa de la libreta de casamiento.
- 8) informe del medico (adjunto formulario).
- 9) Constancia judicial o policial de los hechos en caso de muerte por accidente.

.....  
Firma y sello del representante de la Empresa

Ante cualquier duda consulte al telefono 4320-0000 int. 2247 ó 407.



## 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 posibles todas las preguntas y al efecto téngase en cuenta las ADVERTENCIAS ESPECIALES impresas al dorso)

1. Nombre y apellido completo del Asegurado.	
2. Desde que fecha lo conocía Ud.?	
3. A la fecha del deceso, ¿Cuál era su residencia?	
4. ¿Le conoció Ud. otro domicilio?	
5. a) A la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación?	
b) ¿Le conoció Ud. otra ocupación?	
6. Especifíquese con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer.  EDAD:  PESO:  ESTATURA:	
7. a) ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (domicilio, sanatorio, policlínico, etc.)	
b) ¿En que fecha?	
8. Era Ud. su médico asistente? En caso afirmativo. ¿Desde que fecha?	
9. a) ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado?	
b) ¿Cuándo comenzó a asistirlo de esta enfermedad? (Precisar fecha)	
c) ¿Qué síntomas presentaba?	
d) Por esos síntomas y su historia clínica, ¿a qué fecha podría remontarse la enfermedad?	
e) ¿Cuál fue la evolución ulterior de la enfermedad?	
f) Se realizaron análisis, radiografías y otras pruebas diagnósticas, ¿Cuáles? ¿En poder de quien se hallan?	
g) ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo?	
h) ¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte?	
i) ¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a Ud. o fue informado por Ud. acerca de la dirección que, directa o indirectamente causó el deceso? ¿En qué fecha?	

j) Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase facilitar los detalles que sean de su conocimiento.	
10. a) ¿Algún otro médico lo atendió durante la última enfermedad?	
b) Nombre y dirección.	
11. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?	
12. ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? ¿Cuál, por quien y a qué conclusiones se arribó?	
13. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado?	
14. Antes de la última enfermedad del a) extinto, ¿en qué otras le prestó Ud asistencia médica o fue Ud. consultado?	
b) ¿En qué fecha, durante cuanto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?	
15. ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe Ud. que padeció el extinto? (trate además de precisar fechas, duración y secuelas.)	
16. ¿Sabe Ud. de algún médico que lo haya atendido en los dos últimos años?	
b) Nombre y dirección.	

Declaro que lo expresado por mi en este formulario es exacto y completo según mi leal saber y entender.

GRADUADO EN LA UNIVERSIDAD DE		MATRICULA N°		LUGAR Y FECHA		SELLO Y FIRMA DEL MEDICO	
RESIDENCIA - CALLE	NUMERO	PISO	DEPTO.	LOCALIDAD	C. POSTAL	PROVINCIA	TELEFONO

**ADVERTENCIAS ESPECIALES**

El requerimiento de esta Declaración por .....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 así lo creyere necesario, la Compañía podrá requerir una declaración igual a la presente a cada uno de los facultativos que hayan atendido al extinto durante los últimos años.

Al contestar las preguntas 9, 14 y 15, consignarse detalles completos de cada proceso patológico, especialmente sobre las fechas de aparición, su duración y consecuencia, pues así se facilitará el PRONTO PAGO del siniestro. Si la muerte hubiese sobrevenido que la palabra "lesión" reemplaza la palabra "enfermedad" en la pregunta 9.

Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "sincope cardíaco", "agotamiento" y otras semejantes a menos que se suministren minuciosos detalles en cada caso.

Cada pregunta debe contestarse separadamente, reservándose la Compañía el derecho de requerir aclaraciones o cualquier otra información, si la estimara necesaria.

Si el espacio que se destina a las ropuestas del médico resulta insuficiente, utilícese o adicione una hoja más.