

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. Contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas y a tal efecto téngase en cuenta las indicaciones impresas al dorso.

1. Apellido/s y Nombre/s del Asegurado _____
2. ¿Desde qué fecha lo conocía usted? _____
Día Mes Año
3. En la fecha del deceso, ¿cuál era su residencia? _____
4. ¿Le conocía usted otro domicilio? Sí No ¿Cuál? _____
5. a. En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación? _____
b. ¿Le conoció usted otra ocupación? Sí No Detalle _____
6. Especifique con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con la apariencia física del Asegurado al fallecer.
Edad _____ Estatura _____ Peso _____
7. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (domicilio, sanatorio, policlínico, etc.) _____

- ¿En qué fecha? _____
Día Mes Año
8. ¿Era usted su médico asistente? Sí No En caso afirmativo, ¿desde qué fecha? _____
Día Mes Año
9. a. ¿Cuáles fueron las afecciones, aun las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó usted a atenderlo?

b. ¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado por la cual lo consultó? Complete su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo.

c. Según su historia clínica, ¿cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? _____
Día Mes Año
- d. ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a usted? _____

e. ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron sus resultados? _____

f. ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad? _____

g. ¿Padeció el Asegurado complicaciones o intercurencias en su enfermedad de base? Sí No Detalle _____

h. ¿Asistió usted al Asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna institución hospitalaria o sanatorial? Precise el nombre de la o las entidades. ¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna obra social o institución? ¿Cuál?

i. ¿Estuvo el Asegurado internado, a raíz de su última enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años? Sí No Precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada.

j. ¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado?
Día Mes Año _____
- k. Si es de su conocimiento detalle los nombres y domicilios de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubieran sido llamados en interconsulta en relación a su enfermedad de base u otras. _____

l. ¿Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? Sí No ¿Desde cuándo? _____
Día Mes Año
- ll. ¿Algún familiar o amigo del Asegurado consultó a usted o fue informado por usted acerca de la afección que, directa o indirectamente, causó el deceso? Sí No ¿En qué fecha? _____
Día Mes Año
- m. ¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del Asegurado? Salvo que no exista otra, evitar expresiones tales como "Paro cardio-respiratorio", "Asistolia ventricular", o similares. _____

Apellido/s y Nombre/s del Médico

Firma del Médico

N° Matrícula Profesional

MetLife Seguros S.A.

Tte. Gral. Juan D. Perón 646 6° (C1038AAN) C.A.B.A. Argentina.
Centro de Atención al Cliente: Tel.: 4348-7500 / 0800-222-7500
E-mail: atencion.clientes@metlife.com.ar, Web: www.metlife.com.ar

Apellido/s y Nombre/s del Asegurado _____

n. ¿Tiene usted en su poder los protocolos, los estudios paraclínicos a los que fuera sometido el Asegurado por su última enfermedad?
Sí No

ñ. En caso negativo, ¿figuran en la historia clínica de alguna institución hospitalaria o sanatorial? ¿Cuál?

10. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones? _____
Día Mes Año

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? Sí No Detalle: _____

12. a. Antes de la última enfermedad del extinto, ¿en qué otras le prestó usted asistencia médica o fue consultado? _____

b. ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso? _____

13. ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? Trate además de precisar fechas, duración y secuelas _____

14. a. ¿Sabe usted de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años? Sí No

b. Nombre y domicilio _____

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)

_____ en que se produjo el accidente
Lugar Día Mes Año Hora

c. Circunstancias en las que se produjo _____

d. Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial _____

e. Instituciones donde estuvo internado _____

f. Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados _____

g. Complicaciones o interurrencias _____

h. Diagnóstico anatomoclínico final _____

i. Causa final que indujo a la muerte _____

j. Lugar en que se produjo el deceso (hospital, sanatorio, domicilio, etc.) _____

k. Nómina de médicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso

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

Fechado en _____ el día _____ de _____ de/l _____

Apellido/s y Nombre/s del Médico

Firma del Médico

Nº Matrícula Profesional

Domicilio del Consultorio

Domicilio Particular

Teléfono

ADVERTENCIAS ESPECIALES

El requerimiento de esta Declaración por la Compañía METLIFE SEGUROS S.A. no implica reconocimiento por parte de la Aseguradora 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 Aseguradora 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, 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 minucioso detalle en cada caso. Cada pregunta debe contestarse separadamente reservándose METLIFE SEGUROS S.A., 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 a METLIFE SEGUROS S.A..

OBSERVACIONES ADICIONALES