



## FICHA MÉDICA

### MUERTE ACCIDENTAL

#### Datos personales a completar

##### SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cuenta

NOMBRE Y APELLIDO  
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

NÚMERO DE SINIESTRO:

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO  
DEL DENUNCIANTE:

##### SECCIÓN 2 - Declaración del médico que asistió al fallecimiento del asegurado

Apellido y Nombre del Asegurado:

Lugar del accidente:

Fecha del accidente:

Hora:

Describa la causa que produjo el accidente y motivo de la muerte:

¿Influyó de modo especial, directa o indirectamente el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o residencia del asegurado en el accidente que le produjera la muerte?

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

*Certifico por este medio que la información anterior se basa en probabilidades médicas razonables y que a mi entender la misma es verdadera y correcta.*

APELLIDO Y NOMBRE  
DEL PROFESIONAL

MATRICULA PROFESIONAL N.º

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

FECHA

**El/los contratantes y/o beneficiario/s adhieren al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 11/2011, N° 52/2012, N° 28/2018, N° 134/2018 y N° 15/2019 de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer los requisitos de información que les será/n requerido/s al momento de cualquier pago que deba realizarse en virtud de la póliza y/o de cualquier cesión de derechos o cambio de beneficiarios y/o anulación "**

NOMBRE Y APELLIDO  
DEL DENUNCIANTE:

NÚMERO DE DNI:

CORREO  
ELECTRÓNICO:

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO:

.....  
FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA