



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:

Describe 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