



FICHA MÉDICA

FALLECIMIENTO

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cobertura

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR:	NÚMERO DE DNI:
NÚMERO DE SINIESTRO:	CORREO ELECTRÓNICO DEL DENUNCIANTE

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

Apellido y nombre del asegurado:

Lugar del fallecimiento Fecha y hora del fallecimiento

¿De qué enfermedades anteriores a la que ocasionó la muerte lo atendió o fue consultado? (Indique fechas y resultados):

Ultima enfermedad y síntoma que presentaba: Fecha a que podría remontarse por síntomas e historia clínica:

Tratamiento médico y/o quirúrgico de su ultima enfermedad: ¿Cuál fue su diagnóstico acerca del fallecimiento?

Si el asegurado conocía la enfermedad que sufría, indique desde qué fecha Si el deceso fue causado por accidente, dé los detalles que sean de su conocimiento:

Si se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem, indique cuál, por quién y conclusiones:

Según su criterio, ¿desde qué fecha estuvo impedido de atender sus obligaciones?

Si sabe que haya padecido de otras enfermedades de importancia no atendidas por Ud., menciónelas. (Si es posible indique fechas y secuelas). Fecha Secuela

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

APELLIDO Y NOMBRE DEL PROFESIONAL	MATRÍCULA PROFESIONAL N.º
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	FIRMA DEL MEDICO / SELLO
FECHA	

El/los contratantes y/o beneficiario/s adhiere/n al cumplimiento de lo dispuesto por las Resoluciones N° 126/2023 y N° 35/2023 y sus modificatorias de la Unidad de Información Financiera (UIF) según Ley N° 25.246, y conocer los requisitos de información que le/s 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. De conformidad con las disposiciones de la Ley N° 25.326 y demás disposiciones complementarias, la entidad aseguradora informa al solicitante que los datos provistos serán incluidos en una base de datos de su titularidad, con la finalidad de cumplir con la normativa vigente. El suministro de su información personal es voluntario, pero en caso de que decida no hacerlo, no podrá hacer uso de los servicios de la Entidad Aseguradora. La información personal podrá ser compartida con terceros que brinden servicios de: (i) manejo electrónico de datos; y/o (ii) servicios relacionados con el objeto de la presente solicitud, tales como encuestas de calidad, entre otros. Autorizo el tratamiento de mi información personal con los fines y las formas descriptas en la Ficha Medica. Para mas información consulte nuestro Aviso de privacidad en www.assurant.com.ar/product-privacy-notice

SECCIÓN 3 - Datos del denunciante

NOMBRE Y APELLIDO DEL DENUNCIANTE:	NÚMERO DE DNI:
CORREO ELECTRONICO:	PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO:
FIRMA DEL DENUNCIANTE	FECHA