

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: D.N.I.:

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres:

Universidad en que se graduó: Número de Matrícula:

Domicilio: Calle: N°: Piso: Depto.: C.P.

Localidad: Provincia: Teléfono:

Declaración:

POR FAVOR LEER, PREVIO A RESPONDER AL CUESTIONARIO, LA LEYENDA DE LA HOJA 2

1. ¿Desde qué fecha lo conocía usted?
2. En la fecha del deceso, ¿cuál era su residencia?
3. ¿Le conoció usted otro domicilio?
4. En la fecha del deceso ¿cuál era su ocupación? ¿Le conoció usted otra ocupación?
5. Especificar con la mayor exactitud datos relacionados con su apariencia física al fallecer: (edad, estatura, peso, color de cabello, color de ojos, señas particulares)
6. ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (Domicilio, Sanatorio, Policlínico, etc.) ¿En qué fecha?
7. ¿Era usted su médico asistente? ¿Desde qué fecha?
8. ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado?
9. ¿Cuándo comenzó a asistirlo de esta enfermedad?
10. ¿Qué síntomas presentaba?
11. Por esos síntomas y su historia clínica ¿a qué fecha podía remontarse la enfermedad?
12. ¿Cuál fue la evolución ulterior de la enfermedad?
13. ¿Se realizaron análisis, radiografías y otras pruebas diagnosticadas? ¿Cuáles? ¿En poder de quién se hallan?
14. ¿Conocía el asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo?
15. ¿Cuál es la causa inmediata de su muerte?
16. ¿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?
17. Si el fallecimiento fue causado por accidente, indique los detalles que sean de su conocimiento.
18. ¿Algún otro médico le atendió durante la última enfermedad? Indique nombre y dirección.
19. ¿Desde qué fecha permaneció recluso o impedido de atender sus ocupaciones?
20. ¿Se instituyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post-mortem? ¿Cuál, por quién y a qué conclusiones se arribó?
21. ¿Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del asegurado?
22. Antes de la última enfermedad del extinto, en qué otras le presentó usted asistencia médica o fue usted consultado? ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?
23. ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? De ser posible indique fechas, duración y secuelas.
24. ¿Sabe usted de algún otro médico que le haya atendido en los dos últimos años? Indique nombre y dirección.

Firmada en, el día de 20

Firma y Sello del Médico

Aclaración de la Firma

D.N.I.

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, en las hojas 1 y 2 que la componen, con la debida firma del Médico Asistente en ambas.

Por favor complete el formulario, fírmelo y remítalo a **Galicia Seguros**:
Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430 piso 6 (C1038AAJ) - Capital Federal

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: D.N.I.:

Advertencias Especiales

El requerimiento de esta Declaración por Galicia Seguros S.A.U. 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 pudieran corresponder contra el asegurado o el beneficiario.

En caso de pensar que alguna pregunta no pueda responderse total o parcialmente por desconocimiento dejar constancia.

Sin perjuicio de exigir otras pruebas si le 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 dos últimos años.

Al contestar las preguntas 8 a 17, 22 y 23, consignese 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 las preguntas 8 a 17.

Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como “síncope cardíaco”, “agotamiento” u otras semejantes, a menos que se suministre munuciosos detalles en cada caso. Asimismo “Paro cardiorespiratorio no traumático” no explica la causa de muerte; es el estado final de todo fallecimiento no traumático.

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

Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resultara insuficiente, utilícese el reservado a tal efecto al pie de esta página.

En caso de haberse instruido sumario policial, deberá facilitarse el mejor conocimiento del mismo por la Compañía.

Observaciones Adicionales

En cumplimiento a la Ley 25.326, se informa que los datos que nos has proporcionado completando este formulario integrarán la(s) base(s) de datos de Galicia Seguros S.A.U., la cual se encuentra inscripta ante la AAIP, y que se compromete a tratarlos de una manera confidencial. Nos autorizas expresamente a tratar, ceder y/o transferir tus datos.

El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. LA AGENCIA DE ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA, en su carácter de Órgano de Control de la Ley 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que interpongan quienes resulten afectados en sus derechos por incumplimiento de las normas vigentes en materia de protección de datos personales. Política de Privacidad y protección de datos personales: <https://galiciaseguros.com.ar/legales/politicasprivacidadprotecciondatospersonales>.

Firmada en,	el día	de	de 20
Firma y Sello del Médico	Aclaración de la Firma		D.N.I.

Esta declaración deberá ser cumplimentada en su totalidad, en las hojas 1 y 2 que la componen, con la debida firma del Médico Asistente en ambas.

Por favor complete el formulario, fírmelo y remítalo a **Galicia Seguros**:
Tte. Gral. Juan Domingo Perón 430 piso 6 (C1038AAJ) - Capital Federal