

Póliza N°: _____ Fecha de ocurrencia: ____ / ____ / ____ Hora de ocurrencia: ____ :

Este formulario debe ser completado por el médico que actualmente asiste y trata al Asegurado/Paciente.

Datos del Asegurado

Apellido y Nombres: _____

DNI/CUIL: _____

Persona Solicitante del informe (apellido y nombre): _____

DNI/CUIL: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Datos del Médico Asistente

Apellido y Nombres: _____

Especialidad: _____

Domicilio: Calle: _____ Nro.: _____ Piso: _____ Dpto.: _____

C.P.: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____

Correo electrónico: _____

N° de Matrícula Nacional: _____ N° de Matrícula Provincial: _____

Declaración del Médico Asistente

1. Desde qué fecha asistía al paciente? _____

2. Era usted su médico asistente? SI ☐ NO ☐ Desde qué fecha? _____

3. Le conoció usted otro domicilio u ocupación? SI ☐ NO ☐ _____

4. Dónde ocurrió el fallecimiento (*domicilio, sanatorio, vía pública, etc*)? En qué fecha? _____

5.Cuál es la causa inmediata de su muerte? _____

Si el Fallecimiento se produjo por Enfermedad

6.Cuál fue la última enfermedad del Asegurado? _____

7. Cuándo comenzó a asistirlo de esa enfermedad? _____

8. Qué síntomas presentaba? _____

9. Por esos síntomas y su historia clínica, a qué fecha podía remontarse la enfermedad? _____

10. Qué análisis, radiografías y otras pruebas diagnosticadas se realizaron? En poder de quiénes se hallan? _____

11. Conocía el Asegurado la enfermedad que sufría? SI ☐ NO ☐ Desde cuándo? _____

12. 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? _____

13. Influyó de modo especial en el fallecimiento, directa o indirectamente, el uso de bebidas alcohólicas o drogas, la ocupación o la residencia del Asegurado? _____

14. Qué otras enfermedades de importancia sabe usted que padeció el extinto? De ser posible, indique fechas, duración y secuelas _____

15. Sabe usted de algún otro médico que lo haya atendido en los dos últimos años? Indique nombres y datos de contacto _____

16. Se instituyó sumario policial o se practicó reconocimiento médico post mortem? _____

Si el Fallecimiento se produjo por Accidente

Realice un breve relato de los detalles que sean de su conocimiento

"TOMO EN CONOCIMIENTO QUE COLÓN COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. SE ENCUENTRA FACULTADA A REQUERIRME TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA DAR CUMPLIMIENTO A LAS NORMAS LEGALES, Y LAS RELACIONADAS CON EL LAVADO DE DINERO (LEY 25.246, RESOLUCIÓN 126/2023 UIF Y COMPLEMENTARIAS), COMPROMETIÉNDOME A SUMINISTRAR LOS ELEMENTOS INFORMATIVOS QUE A ESTOS EFECTOS ME FUESEN SOLICITADOS. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS FONDOS QUE UTILIZÓ/UTILIZARÉ EN LA OPERATORIA RELACIONADA CON EL PRESENTE SEGURO PROVIENEN DE ACTIVIDADES LÍCITAS RELACIONADAS CON MI ACTIVIDAD DECLARADA. ASIMISMO, ME COMPROMETO A INFORMAR A ESTA COMPAÑÍA EN CASO DE SER FUNCIONARIO PÚBLICO (PEPS), NACIONAL O EXTRANJERO, COMO TAMBIÉN SI TUVIERA ALGÚN FAMILIAR QUE REVISTIERA TAL CARÁCTER; CUMPLIENDO CON LOS REQUISITOS PREVISTOS EN LA RES. 35/2023 DE LA UNIDAD DE INFORMACIÓN FINANCIERA (UIF). PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE ESTA NORMATIVA, PUEDE CONSULTAR NUESTRA PÁGINA WEB COLON.SEG.AR O CONTACTARSE CON NUESTRO CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE."

<div>LUGAR</div> <div>FECHA ____ / ____ / ____</div>	<div>FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO</div>	<div>ACLARACIÓN DE FIRMA</div>
--	-------------------------------------	--------------------------------