

Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad. El requerimiento de esta declaración por Galeno Seguros S.A. no implica reconocimiento por parte de la Aseguradora de pagar el importe del seguro y por lo tanto se reserva las acciones que pudieran corresponder contra el Asegurado o Beneficiario. Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco", "agotamiento" u otras semejantes (a menos que se suministre un minucioso detalle en cada caso) como así también evitar la expresión "paro cardiorrespiratorio no traumático" ya que la misma no explica la causa de muerte siendo el estado final de todo fallecimiento no traumático.

### DATOS DEL ASEGURADO

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI N°: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL MÉDICO ASISTENTE

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI N°: \_\_\_\_\_

Matrícula N°: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Domicilio Consultorio: \_\_\_\_\_ Nro: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_ Dpto/Ofic: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

1. ¿Desde qué fecha conocía al Asegurado? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuáles eran las principales afecciones por las que le prestó asistencia medica? Indique fechas y diagnósticos.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál fue la última enfermedad por la cual lo consulto el asegurado?

\_\_\_\_\_

4. Según su historia clínica ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esta enfermedad? \_\_\_\_\_

5. ¿A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado? \_\_\_\_\_

6. ¿Qué síntomas presentaba? \_\_\_\_\_

7. ¿Conocía el asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

8. ¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del asegurado? \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene usted los protocolos, estudios paraclínicos a los que fuera sometido el Asegurado por su última enfermedad?

\_\_\_\_\_

10. Realice toda aclaración que considere necesaria para describir el fallecimiento del asegurado.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firmada en, \_\_\_\_\_ al día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Firma y sello del Médico

Aclaración

La información consignada precedentemente reviste carácter de Declaración Jurada. Galeno Seguros S.A