

MetLife Seguros S.A.

**!** Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad. (Se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas).

Por favor completar el presente formulario con una sola tinta, sin tachaduras ni enmiendas.

---

**1.** Nombres y Apellidos del Asegurado

---

**2.** ¿Desde qué fecha lo conocía Ud.?

---

**3.** En la fecha del deceso, ¿cuál era su residencia?

---

**4.** En la fecha del deceso, ¿cuál era su ocupación?

---

**5.** Especifíquese con la mayor exactitud los siguientes datos relacionados con su apariencia física al fallecer:

Edad	Estatura	Peso	Color de cabello

---

Señas Particulares

---

**6.**

**a.** ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? (*Domicilio, sanatorio, policlínico, etc.*)

---

**b.** ¿En qué fecha?

---

**7.** ¿Era Ud. su médico asistente? En caso afirmativo ¿desde qué fecha?

---

**8.**

**a.** ¿Cuáles fueron las afecciones, aún las banales, por las que le prestó asistencia médica desde que comenzó Ud. a atenderlo?

---

**b.** ¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado por la cual lo consultó? (*Le rogamos de serle posible, su diagnóstico exacto de certeza o presuntivo*).

---

**c.** ¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (*Encarecemos precisar la fecha, según su historia clínica*).

---

**d.** ¿Cuáles fueron sus primeros signos subjetivos u objetivos que lo motivaron a consultarle a Ud.?

---

**e.** ¿Qué exámenes complementarios le solicitó, en qué fechas y cuáles fueron sus resultados?

---

**f.** ¿Podría detallar los tratamientos que le prescribió con motivo de su última enfermedad?

---

**g.** ¿Padeció el asegurado complicaciones o interurrencias en su enfermedad de base? (*Le rogamos detallarlas*).

---

---

**h.** ¿Asistió Ud. al asegurado en su consultorio, domicilio particular y/o en alguna hospitalaria o sanatorial?  
(*Precise el nombre de la o las entidades*).

¿Lo atendió como paciente privado o por intermedio de alguna Obra Social o Institución? ¿Cuál?

---

**i.** ¿Estuvo el asegurado internado, a raíz de su enfermedad, con motivo de diagnóstico y/o tratamiento en los últimos cinco años? (*Le rogamos nos precise fechas, motivos de internación, diagnósticos y evolución cursada*).

---

**j.** ¿A qué fecha o época considera Ud. que podría remontarse la enfermedad causante del deceso del Asegurado?

---

**k.** ¿Podría detallar los nombres y direcciones de otros profesionales que lo hubieran asistido o que hubieran sido llamados en interconsulta en relación a su enfermedad de base u otras?

---

**l.** ¿Conocía el asegurado la enfermedad que sufría? ¿Desde cuándo?

---

**ll.** ¿Algún familiar o amigo del asegurado consultó a Ud. o fue informado por Ud. acerca de la afección que, directamente o indirectamente, causó el deceso? ¿En qué fecha?

---

**m.** ¿Cuál fue la causa desencadenante final de la muerte del Asegurado? (*Salvo que no exista otra le rogamos evitar expresiones tales como “paro cardio-respiratorio” “asistolía ventricular”, etc.*).

---

**9.** ¿Desde qué fecha permaneció recluido o impedido de atender sus ocupaciones?

---

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

---

**11.**

**a.** Antes de la última enfermedad del extinto, en qué otras le prestó Ud. asistencia médica o fue consultado?

---

**b.** ¿En qué fechas, durante cuánto tiempo y cuál fue el resultado del tratamiento en cada caso?

---

**12.** ¿De qué otras enfermedades de importancia sabe Ud. que padeció el extinto? (*Trate además de precisar fechas, duración y secuelas*).

---

---

**13. En caso de muerte por accidente:**

**a.** ¿Se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento medico post-mortem? (*Cuál, por quién y a qué conclusiones arribó*).

---

**b.** Lugar, día, mes, año y hora en que se produjo el accidente.

---

**c.** Circunstancias en las que se produjo.

---

**d.** Diagnóstico anatomoclínico presuntivo inicial.

---

**e.** Instituciones donde estuvo internado.

---

**f.** Detalle de los tratamientos médicos y quirúrgicos que le fueron practicados.

---

**g.** Complicaciones o interurrencias.

---

h. Diagnóstico anatomoclínico final.

i. Causa final que indujo a la muerte.

j. Lugar en que se produjo el deceso (*Hospital, Sanatorio, domicilio, etc.*).

k. Nómina de médicos que participaron en la asistencia del Asegurado con motivo del accidente que produjo el deceso.

### Advertencias Especiales

El requerimiento de esta Declaración por la Compañía 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 le pudieran corresponder contra el asegurado o el beneficiario.

Sin perjuicio de exigir otras pruebas si lo creyera 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 9, 12 y 13, consígnese 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 la pregunta 9.

Debe evitarse el empleo de expresiones confusas como "síncope cardíaco", "agotamiento" u otras semejantes, a menos que se suministre minuciosos detalles en cada caso.

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

Si el espacio que se destina a las preguntas del médico resulta insuficiente, utilícese el reservado al 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

**DATOS PERSONALES:** En mi carácter de médico asistente del paciente cuyos datos se consignan en este documento, declaro que he obtenido el consentimiento del titular para informar a MetLife Seguros S.A. los datos personales que aquí se informan, con la finalidad de que sean incorporados a la base de datos de MetLife Seguros S.A. para cualquier fin vinculado con la administración del seguro del titular de los datos personales. En todos los casos MetLife Seguros S.A. adoptará las medidas necesarias para proteger la integridad y seguridad de los datos, y evitar su alteración, pérdida, acceso y/o tratamiento no autorizado por terceros.

Declaro que lo expresado por mí en este formulario es exacto y completo, según mi leal saber y entender.

Nombres		Apellidos	C.I.
Domicilio del Consultorio			Teléfono
Domicilio Particular			Celular

### Firmas

Firme  
Aquí

Sello

Nº de Registro

Especialidad

Fecha (dd/mm/aa)

### Vías de contacto

**Dirección:**

Yaguarón 1407 piso 4 of. 401, Montevideo.

**Email:**

atencion.clientes@metlife.com.uy

**Por Consultas:**

0800 2700