

DECLARACIÓN MÉDICA

ESTA DECLARACIÓN DEBE SER LLENADA POR EL MÉDICO QUE ATENDIÓ AL ASEGURADO EN SU ÚLTIMA ENFERMEDAD.

Para contestar las preguntas de la presente declaración deberán observar las siguientes recomendaciones:

- En caso de muerte por causa externa, rogamos dar amplios detalles.
- Si el fallecimiento fue consecuencia de homicidio o suicidio, deberá especificar los medios utilizados.
- En los casos en que haya habido tratamiento quirúrgico, indicar la naturaleza de la operación y los factores que ameritan tal procedimiento.
- Si la muerte ocurrió a consecuencia de neoplasma, describir el tipo e indicar la parte primeramente afectada, si es posible.
- Evítese el uso de términos imprecisos o ambiguos.
- Si el fallecimiento se debió a una causa concurrente, indíquese la naturaleza de la misma.
- Cuando el espacio destinado a las respuestas no sea suficiente deberán anotarse en "Datos adicionales".

NOTA: Los honorarios correspondientes a esta declaración, si los hubiere, serán por cuenta de los beneficiarios. La Compañía no hará ningún pago por tal concepto.

DATOS DEL FALLECIDO

Nombres y apellidos

Domicilio

Edad

Ocupación

Lugar, fecha y hora del fallecimiento

1. Si la muerte ocurrió en un hospital o sanatorio, favor indicar el nombre del establecimiento:

2. ¿Hace cuánto tiempo conoció usted al fallecido?

3. ¿Cuándo fue consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento?

4. ¿Cuándo realizó la última visita?

5. ¿En qué enfermedades, afecciones, operaciones, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del padecimiento? Dar detalles en el cuadro siguiente:

Enfermedad	Fecha	Duración del tratamiento	Gravedad	Secuelas

