

**DECLARACION QUE DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO QUE ATENDIO AL
ASEGURADO.**

Declaración 2/3

Para contestar las preguntas de la presente declaración deberán observarse las siguientes Recomendaciones.

- 1.- En caso de muerte por causas externas, rogamos dar amplios detalles.
- 2.- Si el Fallecimiento fue consecuencia de homicidio o suicidio, deberá especificar los medios Empleados, y las lesiones más importantes.
- 3.- En los casos que haya habido tratamiento quirúrgico, indicar el diagnóstico, la operación efectuada, el resultado de la misma, justificando la realización de dicha operación.
- 4.- Si el fallecimiento ocurrió a consecuencia de Cáncer o Neoplasma, describir el tipo e indicar la parte primaria afectada.
- 5.- Si el fallecimiento se debió a cualquier otra causa, indíquese la naturaleza de la misma.

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

Nombre y apellido del fallecido _____
Edad _____ años
Domicilio _____ _____
Ocupación cuando Falleció _____
Lugar de fallecimiento _____ fecha y hora _____
Si el fallecimiento ocurrió en una Institución de Salud, Hospital y/o Consultorio Médico, anotar el nombre _____
Cuando fue consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento _____ _____
Cuando realizo la última visita _____
En que enfermedades, afecciones, operaciones, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del Padecimiento que motivo el fallecimiento _____ _____
Que tiempo hace que conoció usted al fallecido _____

Enfermedad	Fecha	Duración del Tratamiento	Gravedad	Secuelas

Nombre completo de Medico

Firma

Sello