

**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 _____<br>_____  |
| 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<br>_____<br>_____  |
| Cuando realizo la última visita _____   |
| En que enfermedades, afecciones, operaciones, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del Padecimiento que motivo el fallecimiento _____<br>_____ |
| Que tiempo hace que conoció usted al fallecido _____  |

| Enfermedad | Fecha | Duración del Tratamiento | Gravedad | Secuelas |
|------------|-------|--------------------------|----------|----------|
|            |       |                          |          |          |
|            |       |                          |          |          |
|            |       |                          |          |          |
|            |       |                          |          |          |
|            |       |                          |          |          |

\_\_\_\_\_  
**Nombre completo de Medico**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Sello**