PROSEGUROS

DECLARACION MEDICA

Este informe debe ser presentado sin gastos para la Compañía

(a) Nombre completo del fallecido _____ Edad al Fallecer _____

(b) Ultimo lugar de residencia _____ Ocupación _____

Desde cuándo conocía Ud. al fallecido? _____

(a) Fecha de la muerte _____ **Lugar en que ocurrió** _____

(b) Si el fallecimiento ocurrió en un hospital, indíquese el nombre y la dirección del mismo _____

_____

(c) Cuándo fue consultado Ud. por primera vez acerca del padecimiento que de manera directa o indirecta ocasionó la muerte? _____

(a) Cúal fue la causa directa del fallecimiento? _____

(b) Desde cúando existía a su parecer esta enfermedad o afección?

_____

(c) En que fecha se manifestó el primer síntoma según la historia clínica?

_____

(a) Otras causas que contribuyeron a la muerte _____

_____ duración _____

(b) Otras enfermedades o afecciones crónicas _____

_____ duración _____

(a) Si la muerte se debió a suicidio, homicidio o accidente, indique cual de estas circunstancias:

_____

Descríbala brevemente _____

_____

(b) Hubo investigación oficial? _____

Se efectuó una autopsia? _____

De ser así, le rogamos dar detalles _____

_____

Le rogamos indique detalles relativos a cualquier afección, por la que hubiese tratado o atendido al fallecimiento antes de su última enfermedad.

Enfermedad o afección	**Fecha**	**Duración**	**Resultado**

Le rogamos indique los nombres y las direcciones de todos los demás médicos que trataron al fallecido durante los cinco años anteriores a su muerte.

Nombres	**Dirección**	**Enfermedad o afección**

Fecha _____

Firma _____

Médico

Dirección _____