

## PRUEBAS DE MUERTE DECLARACIÓN N° 2

### Formulario médico sobre las causas de la muerte del asegurado

Póliza (s) No.

Para ser llenado por el médico que extendió el certificado de defunción o el que atendió al asegurado durante su enfermedad

1- Nombre del finado					
Nombre (s)		Apellido Paterno		Apellido Materno	
2- Residencia en el momento de la muerte					
Calle		Número	Ciudad	C. P.	Estado
3- Edad al morir	Sexo	Estado civil	4- Ocupación a la fecha de la muerte		
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
5- Lugar y fecha de fallecimiento					
Ciudad y Estado			Día	Mes	Año
6- Si la muerte ocurrió en el hospital o sanatorio, dar el nombre			7- ¿ Qué tiempo hace que conoció ud. al finado?		
8- Tiempo que atendió al asegurado		9- ¿ Cuándo fue usted consultado por primera vez a cerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento ?			
10 - ¿ En qué enfermedades o afecciones, operaciones, etc ., lo asistió ud., o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte ? (Dar detalle en el cuadro siguiente):					
Nombre de la enfermedad	No. De veces	Fecha	Duración	Gravedad	Secuelas
11- ¿ Cuándo atendió ud. por última vez, a la persona fallecida ?					
12- Datos de la defunción					
Causas I			Tiempo que en su opinión estuvo sufriendo de la afección que le causo la muerte		
Enfermedad u otra causa que directamente produjo la muerte.					
A)					
Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte.					
B)					
Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la muerte.					
C)					
II					
Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica.					

13- En caso de defunción por causas violentas o accidentales, sirvase informar la causa y que autoridad tomo conocimiento

14- Lugar, fecha y hora en que ocurrió el accidente

15- ¿Hubo en la muerte del asegurado efectos directos o indirectos, causados especialmente por el uso de bebidas alcohólicas, por su ocupación o por el lugar de su residencia?

**Médico que atendió**

Nombre completo del médico

Dirección

Ciudad

Estado

Título No.

Cédula No.

**Otros médicos que lo atendieron**

Nombre (s)

Nombre (s)

Dirección

Dirección

Fecha en:

Fecha en:

**Datos adicionales**

\_\_\_\_\_  
Firma del médico que formula esta declaración

**Los testigos que firmen la siguiente protesta, deberán ser mayores de edad**

**Protesta**

Esta declaración ha sido formulada, fechada y firmada, en nuestra presencia por el doctor \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ a quien conocemos y que ha protestado que sus declaraciones son verdaderas según su leal saber y entender

**Testigo**

**Testigo**

Nombre (s)

Nombre (s)

Domicilio

Domicilio

Ciudad y Estado

Ocupación

Ciudad y Estado

Ocupación

Edad

Estado Civil

Nacionalidad

Edad

Estado Civil

Nacionalidad

Firma

Firma

## Instrucciones

### Causas:

Es necesario que las causas de la defunción se anoten de acuerdo con el modelo del certificado internacional y éste comprende esencialmente dos partes: I y II. La I incluye causas de la defunción designadas con las letras a), b) y c) y la II otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica.

### Informe Clínico: Ejemplo :

Un hombre fallece de peritonitis de 2 días de evolución originada por la perforación ocurrida hace 4 días, de úlcera duodenal causa principal o básica cuyos primeros síntomas aparecieron 3 años antes y además padeció epiteloma cutáneo de la mejilla en los 6 meses anteriores a la defunción.

### El certificado se llenará como sigue:

I- a) Peritonitis	2 días
b) Perforación del duodeno	4 días
c) Úlcera duodenal	3 años

II- Epitelioma cutáneo de la mejilla 6 meses

**Nota:** Antes de remitir esta declaración a la Compañía , conviene verificar que todas las preguntas se hayan contestado en forma clara y completa y que no se han omitido fechas, firmas u otros datos. De esta manera se evitarán demoras en el trámite de la declaración.

**La omisión obligará a la compañía a devolver la presente declaración, con la consiguiente demora en el trámite**