

DECLARACIÓN POR FALLECIMIENTO

Declaración No. 1						
Nombre Completo del Finado		Fecha de Nacimiento (D, M, A)		No. Póliza		
Domicilio Completo				Suma Asegurada		
Causa Principal de la Muerte				Fecha en que Iniciaron los Síntomas del Padecimiento (D, M, A)		
Datos de los Médicos que Atendieron al Finado en Vida						
Nombre del Médico		Domicilio		Telefono(s)	Ultima Consulta (D, M, A)	
Datos de otras Compañías en las cuales estaba Asegurado el Finado						
Compañía				No. de Póliza		
Beneficiarios						
Nombre Completo		Domicilio		Firma		
Hacemos constar que en nuestra presencia ha sido llenada y firmada por las personas que la suscriben						
Nombre del Testigo	Domicilio		Teléfono	Firma	Sí	No
Nota: Vio usted al finado y le consta que el nombre arriba citado era de la misma persona, favor de contestar en las columnas de arriba a la derecha.						

Declaración No. 2					
Nombre		Edad al Morir		Ultima Ocupación	
Domicilio			Lugar del Fallecimiento		Fecha (D, M, A)
Si el Fallecimiento ocurrió en un Hospital o Sanatorio, proporcione Nombre y Domicilio					Fecha de Ingreso (D, M, A)
Fecha de la Primera Consulta acerca de la Causa Directa o Indirecta del Fallecimiento					
Ultima vez que lo Visitó		Tiempo que lo Atendió		Tiempo que lo Conoció	
Fue usted Consultado por alguna Enfermedad, Afección, Operación, etc. ligada a la Causa del Fallecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Padecimiento	Consultas	1a. Fecha (D, M, A)	Duración	Gravedad	Secuela
Causa de Fallecimiento					
		Nombre			Duración
Causa o Enfermedad que Directamente Produjo la Muerte					
Causa o Enfermedad que dio Origen a lo que Determinó la Muerte					
Otros Estados Patológicos Anteriores Relacionados con la Enfermedad que Produjo la Muerte					
Otros Estados Patológicos que no tuvieron Relacion con la Enfermedad Principal					
Si la Defunción fue por Causa Violenta o Accidental, Lugar donde Ocurrió					Fecha (D, M, A)
Datos del Médico que Llenó esta Declaración					
Nombre del Médico				Cédula No.	
Domicilio		Teléfono		Correo Electrónico	
Registro S.S.A.		R.F.C.			
Lugar y Fecha		Firma			
Otros Médicos que lo Atendieron					
Nombre del Médico		Domicilio			Teléfono