

SOLICITUD A SEGUROS AZUL VIDA, S.A. SEGUROS DE PERSONAS
PARA **RECLAMO POR FALLECIMIENTO**
COLECTIVO DE VIDA / SEGURO DECRECIENTE / VIDA INDIVIDUAL

APRECIABLE MEDICO:

ANTES DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS DEL PRESENTE FORMULARIO MÉDICO, ROGAMOS A USTED ENTERARSE DE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

- ✓ EN CASO DE MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS, ROGAMOS DAR AMPLIOS DETALLES.
- ✓ SI EL FALLECIMIENTO FUE A CONSECUENCIA DE HOMICIDIO O SUICIDIO, DEBERÁ ESPECIFICAR LOS MEDIOS EMPLEADOS.
- ✓ EN LOS CASOS EN QUE HAYA HABIDO TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, INDICAR LA NATURALEZA DE LA OPERACIÓN Y LOS FACTORES QUE AMERITARON TAL PROCEDIMIENTO.
- ✓ SI LA MUERTE OCURRIÓ A CONSECUENCIA DE UN NEOPLASMA, DESCRIBIR EL TIPO E INDICAR LA PARTE PRIMERAMENTE AFECTADA, SI ES POSIBLE.
- ✓ EVÍTESE EL USO DE TÉRMINOS IMPRECISOS O AMBIGUOS.
- ✓ SI EL FALLECIMIENTO SE DEBIÓ A UNA CAUSA CONCURRENTENTE, INDÍQUESE LA NATURALEZA DE LA MISMA.
- ✓ CUANDO EL ESPACIO DESTINADO A LAS RESPUESTAS NO SEA SUFICIENTE PARA ANOTAR LOS DETALLES QUE SE CREA NECESARIO PROPORCIONAR, DEBERÁN ANOTARSE EN **DATOS ADICIONALES**.

NOTA: LOS HONORARIOS CORRESPONDIENTES A ESTA DECLARACIÓN, SI LOS HUBIERE, SERÁN POR CUENTA DE LOS BENEFICIARIOS. LA COMPAÑÍA NO HARÁ NINGÚN PAGO POR TAL CONCEPTO.

1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL FALLECIDO					2. EDAD
3. DIRECCIÓN:				4. OCUPACIÓN CUANDO FALLECIÓ	
5. LUGAR O DIRECCIÓN DONDE OCURRIÓ EL FALLECIMIENTO:				6. FECHA	7. HORA
8. SI LA MUERTE OCURRIÓ EN UN HOSPITAL O INSTITUCIÓN MÉDICA, ANOTAR EL NOMBRE:					
9. ¿QUE TIEMPO HACE QUE CONOCIÓ USTED AL FALLECIDO?					
10. ¿CUÁNDO FUE CONSULTADO POR PRIMERA VEZ, ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DEL FALLECIMIENTO?					
11. ¿CUÁNDO PRACTICÓ LA ÚLTIMA VISITA?					
12. ¿EN QUÉ ENFERMEDADES, AFECCIONES, OPERACIONES, ETC., LO ASISTIÓ USTED O FUE CONSULTADO ANTES DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA MUERTE? (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE):					
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	No. DE VISITAS	FECHA	DURACIÓN	GRAVEDAD	SECUELAS
13. ¿QUÉ OTRAS ENFERMEDADES APARTE DE LAS ANOTADAS EN EL CUADRO ANTERIOR, PADECIÓ EL FALLECIDO (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE):					
NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	No. DE VISITAS	FECHA	DURACIÓN	GRAVEDAD	SECUELAS

14. ¿CUÁL FUE LA CAUSA PRINCIPAL DE LA MUERTE?		
15. ¿CUÁNTO TIEMPO ESTIMA USTED QUE DURÓ EL PADECIMIENTO QUE CAUSÓ LA MUERTE?		
16. ¿EXISTIERON OTROS FACTORES QUE CONTRIBUYERON A CAUSAR LA MUERTE? (DAR AMPLIOS DETALLES)		
17. ¿SABE USTED SI EL FALLECIDO TENÍA EL HÁBITO DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE NARCÓTICOS? (DAR AMPLIOS DETALLES)		
18. ¿QUÉ OTROS MÉDICOS ATENDIERON AL FALLECIDO EN SU ÚLTIMA ENFERMEDAD? (DAR NOMBRES Y DIRECCIONES)		
NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO(S)

DATOS ADICIONALES

DECLARACION DE MÉDICO TRATANTE

Las declaraciones brindadas en el presente formulario son verdaderas y las he proporcionado de buena fe. Hago constar que no tengo interés directo ni indirecto en el pago de la indemnización correspondiente a la póliza de seguro.

Emito y firmo la presente declaración en la ciudad de _____, el _____ de _____
de _____.

NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO

F. _____
MÉDICO

(SELLO)