

Formulario Médico sobre las causas del fallecimiento del asegurado

Este deberá ser contestado de puño y letra por el Médico que extendió el certificado de defunción o por el Médico tratante del asegurado.

Datos del Asegurado											
Nombre (Apellido paterno, materno, nombre(s))											
Número de póliza				Tipo de seguro (individual)				Número de certificado			
Residencia en el momento del fallecimiento						Ciudad			Estado		
Edad al fallecimiento		Lugar del fallecimiento			Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Fecha del fallecimiento (día) / (mes) / (año)				
El fallecimiento ocurrió en el hospital o sanatorio ¿Cuál?							¿Tiempo de conocer al asegurado?				
¿Tiempo de atender al asegurado?			¿Cuándo fue usted consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento?								
En caso de no haberlo tratado ¿Cuál es la razón por la que extiende el certificado de defunción?											
¿Hubo en la muerte del asegurado efectos directos o indirectos causados por el uso de bebidas alcohólicas, drogas u otros tipos de estimulantes o enervantes, etc.?										Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, favor de especificar											
¿En qué enfermedades o afecciones, operaciones, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte? (Detallar en el siguiente cuadro)											
Nombre de la enfermedad											
Número de veces que lo asisitó											
Fecha de inicio			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Duración											
Gravedad											
Secuelas											
Nombre de otros Médicos que asistieron al asegurado											
Nombre								Teléfono			
Dirección						Ciudad			Estado		
Nombre								Teléfono			
Dirección						Ciudad			Estado		

Causas de la defunción									
Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte directamente. Causas, antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		Causa de la defunción (una sola en cada renglón) A) B) C) D)			Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte				
Parte II Otros estado patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo									
<p>Nota: Las causas de la defunción deberán anotarse de acuerdo con el modelo del Certificado Internacional que comprende las partes: I "Causa de defunción a), b) y c)" y la II "Otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica".</p> <p>Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.</p>									
Datos del médico									
Nombre del médico									
Dirección					Ciudad		Estado		
Teléfono		Certificado del Consejo de Especialidad			Cédula Dirección General de Profesiones				
Cédula de Especialidad		R.F.C.		Lugar		Fecha	Día	Mes	Año

Firma del médico tratante

«En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, el producto de seguros denominado Seguro de Vida Básico Estandarizado quedó registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 19 de octubre de 2015, con el número CNSF-S0023-0468-2015».