

Declaración de fallecimiento No. 3

Llénese por el último médico tratante del Asegurado

Esta forma deberá ser llenada con letra de molde y con tinta, por el o los beneficiarios nombrados en las Pólizas de Seguro, a quienes se les recomienda traten directamente con el agente de la póliza todo lo relativo a este pago.

Póliza No.		Suma Asegurada	
Datos del finado			
Apellido paterno		Apellido materno	Nombre(s)
Domicilio (calle y número)		Colonia	
Municipio o delegación		Población y/o estado	C.P.
Edad al fallecimiento	Última ocupación / profesión	Fecha de fallecimiento	Lugar de fallecimiento
		día mes año 	
¿Ocurrió la muerte en un hospital o sanatorio?	Fecha de ingreso al hospital	Nombre y domicilio del hospital	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	día mes año 		
Fecha en que fue consultado por primera vez acerca de la causa directa e indirecta del fallecimiento	Fecha en que lo visitó la última vez	Tiempo que lo atendió	Tiempo que lo conoció
Datos de la defunción			
Concepto	Especificación de la causa o enfermedad		Tiempo de duración
Causa o enfermedad que directamente produjo el fallecimiento			
Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó el fallecimiento			
Otros estados patológicos anteriores, relacionados con la enfermedad principal o básica			
Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica			
¿La defunción fue por causa violenta o accidental?	Lugar donde ocurrió		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Datos de otros médicos que lo atendieron			
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico		Domicilio	Lada y teléfono
Datos del médico que requisita esta declaración			
¿Atendió usted personalmente al Asegurado?	Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Domicilio		Lada y teléfono	
Registro S.S.A.	Cédula profesional	R.F.C.	
		letras año mes día homoclave 	
Como médico tratante, autorizo a los hospitales donde fue atendido el paciente, a que otorguen a Grupo Nacional Provincial, S. A., todos los informes que se refieren a la salud del mismo, inclusive todos los datos de padecimientos	anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas, del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización, tiene el mismo valor que el original.		
Fechado en _____ el día _____ de _____ del año _____.			
_____ Firma del médico			