


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	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
día mes año	día mes año		
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			