

FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Seguros SURA, S.A. de C.V.



Av. Insurgentes Sur 2475, pisos 22 y 23, col. Barrio Loreto, alcaldía Álvaro Obregón, C.P. 01090, Ciudad de México.
Tel. 55 5723 7999

Número de póliza	Tipo de seguro (individual/grupo/deudor)	Número de certificado
------------------	--	-----------------------

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

Nombres (s), apellido paterno y apellido materno

Domicilio a la fecha del fallecimiento		Colonia
Calle y número		
Código postal	Ciudad	Municipio o alcaldía
Estado	País	Teléfono casa
		Teléfono celular

Residencia al momento del fallecimiento	Edad fallecimiento
---	--------------------

Lugar del fallecimiento	Sexo	Fecha de fallecimiento
	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Día Mes Año

¿El fallecimiento ocurrió en el hospital o sanatorio? Especificar lugar	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?
	Día Mes Año

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.?	En caso afirmativo, favor de especificar
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿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 asistió		
Fecha de inicio	Día Mes Año	Día Mes Año
Duración		
Gravedad		
Secuelas		

DATOS DE LOS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO (en caso de que los hubiera)

Nombre del médico (nombres (s), apellido paterno y apellido materno)

Domicilio completo

Teléfono

Nombre del médico (nombres (s), apellido paterno y apellido materno)

Domicilio completo

Teléfono

Nombre del médico (nombres (s), apellido paterno y apellido materno)

Domicilio completo

Teléfono

Nombre del médico (nombres (s), apellido paterno y apellido materno)

Domicilio completo

Teléfono

CAUSA DE LA DEFUNCIÓN

Parte I	Causa de la defunción (una sola en cada renglón)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte directamente.	A)	
Causas, antecedentes.	B)	
Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	C)	
	D)	
Parte II		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo.		

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"

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento esta apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.

DATOS DEL MÉDICO QUE REQUISITA ESTA DECLARACIÓN

Nombres (s), apellido paterno y apellido materno

Domicilio

Calle y número

Colonia	Código postal	Ciudad	Municipio o alcaldía
Estado	País	Teléfono	Teléfono celular
Certificado del consejo de especialidad	Cédula dirección general de profesiones	Cédula especialidad	
R.F.C.	Lugar	Fecha	Día Mes Año

Firma del médico tratante