

Importante: Este formulario deberá ser completado por el médico asistente del asegurado

Datos del Asegurado

Apellido y nombres _____ DOCUMENTO Tipo | _____ | N° | _____ |
Edad | _____ | Peso | _____ | Altura | _____ | Ocupación _____
Fecha del fallecimiento | _____ | Lugar del fallecimiento _____

Datos del Médico

Apellido y nombres _____ DOCUMENTO Tipo | _____ | N° | _____ |
Especialidad _____ MATRÍCULA N° | _____ |

domicilio

Calle _____ N° | _____ | Piso | _____ | Depto./ofic. | _____ |
Localidad _____ Cód. Postal | _____ | Provincia _____

teléfonos

consultorio horario de contacto _____ otro _____ celular _____ fax _____
n° | _____ | n° | _____ | n° | _____ | n° | _____ |
e-Mail _____

¿Desde qué fecha atendía al Asegurado? _____

¿Cuáles fueron las principales razones por las cuales lo atendió? Indicar fechas y diagnósticos _____

¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado? _____

¿Cuándo comenzó a asistirlo por esa enfermedad? (Precise la fecha) _____

¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad? _____

¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte? _____

¿Cuáles son las causas por las que ocurre el fallecimiento del Asegurado? _____

Realice toda aclaración que considere necesaria para describir el fallecimiento del asegurado _____

Adjuntar al presente la copia de la ficha médica del Asegurado.