

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 _____ Nº | _____ | Piso | _____ | Depto./ofic. | _____ |
 Localidad _____ Cód. Postal | _____ | Provincia _____

teléfonos

consultorio	horario de contacto	otro	celular	fax
n° _____	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.

_____ firma y sello del médico

 fecha _____