

Formulario médico sobre las causas de la muerte, invalidez o pérdida orgánica del asegurado

Instrucciones: este formato debe ser llenado por el médico que extendió el certificado de defunción o el que atendió al asegurado durante su enfermedad, invalidez o pérdida orgánica en su totalidad.

Nombre de la persona asegurada

Apellido paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Residencia en el momento de la muerte, invalidez o pérdida orgánica

Ciudad

Estado

Edad al morir / invalidarse/ ocurrencia de la pérdida orgánica

Sexo

Estado Civil

Ocupación a la fecha de la muerte / invalidez/ pérdida orgánica

Lugar y fecha de nacimiento

Si la muerte / invalidez/ pérdida orgánica ocurrió en un hospital o sanatorio, dar el nombre

¿Qué tiempo hace que conoció usted al asegurado?

Tiempo que atendió al asegurado

¿Cuándo fue usted consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del siniestro?

¿En qué enfermedades o afecciones, operaciones, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte / invalidez/ pérdida orgánica? (dar detalles en el cuadro siguiente)?

Nombre de la enfermedad	No. de veces	Hospital o clínica	Fecha	Duración	Gravedad	Secuelas

¿Cuándo atendió usted por última vez a la persona asegurada?

Datos de la defunción / invalidez/ pérdida orgánica

Formulario médico sobre las causas de la muerte, invalidez o pérdida orgánica del asegurado

Causas I	Fecha inicial del diagnóstico o padecimiento que causó la muerte / invalidez/ pérdida orgánica
Enfermedad u otra causa que directamente produjo la muerte / invalidez/ pérdida orgánica A)	
Enfermedad u otra causa que dió origen a la que determinó la muerte / invalidez B)	
Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la muerte / invalidez/ pérdida orgánica C)	
Causas II	
Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica.	

En caso de defunción/ invalidez/ pérdida orgánica por causas violentas o accidentales, sirvanse informar la causa y que autoridad tomó conocimiento

Nombre completo del médico

Teléfono

Domicilio completo

Título

Cédula no.

Fechado en _____ el día _____ de _____ de _____

Firma del Médico

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que se le han realizado, y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA". Como Médico Tratante, me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de todas Responsabilidades a "LA ASEGURADORA". El llenado de este formato no obliga a "LA ASEGURADORA", a asumir la obligación de realizar pagos que no sean conforme a lo indicado en las condiciones generales y/o especiales de la póliza. Al informar sus datos personales generales y sensibles en este documento y firmar el mismo, el titular otorga su consentimiento expreso para que los mismos se utilicen con fines relacionados al servicio, conforme al Aviso de Privacidad cuyo texto completo puede encontrar en www.zurich.com.mx