

## Seguro de Vida Colectivo y Grupal Denuncia del Fallecimiento – Informe Médico

### Datos Del Asegurado

Apellido y Nombre:						
Domicilio:						N°:
Piso:	Dpto.:	Mza:	Block:	Lote:	Barrio:	
Localidad:			Provincia:			CP:
Edad:		Talla:			Peso:	

### Descripción de la causa de Fallecimiento

Lugar y fecha de fallecimiento:
¿Era usted su médico asistente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, desde que fecha:
¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado? (Precisar detalles)
¿Cuándo comenzó a asistirlo de esa enfermedad? (Precisar detalles)
De acuerdo a los síntomas e historia clínica ¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad?
¿Se realizaron análisis, radiografías, y otras pruebas de diagnóstico? (Precisar detalles)
¿Conocía otras enfermedades de importancia que padecía el asegurado? (Precisar detalles)
¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte?
Si el fallecimiento fue causado por accidente, sírvase facilitar los detalles que son de su conocimiento:

### Observaciones del Médico

--

### Datos del Médico

Apellido y Nombre:		Matrícula N°:
Domicilio:		
Localidad:		Provincia:

<b>Lugar y Fecha</b>

<b>Firma y Sello del Médico</b>