

**INDICACIONES**

Esta declaración debe ser llenada por el médico que atendió al asegurado en su última enfermedad y puede sustituirse únicamente por una constancia del centro hospitalario donde falleció con la información que aquí se solicita. La compañía no hará ningún pago en concepto de honorarios correspondientes a esta declaración, si los hubiere.

Para contestar las preguntas de la presente declaración deberán observar las siguientes recomendaciones:

1. En caso de muerte por causa externa, rogamos dar amplios detalles.
2. Si el fallecimiento fue consecuencia de homicidio o suicidio, deberá especificar los medios empleados.
3. En los casos en que haya habido tratamiento quirúrgico, indicar la naturaleza de la operación y los factores que ameritan tal procedimiento.
4. Si la muerte ocurrió a consecuencia de neoplasma, describir el tipo e indicar la parte primeramente afectada, si es posible.
5. Evítese el uso de términos imprecisos o ambiguos.
6. Si el fallecimiento se debió a una causa concurrente, indíquese la naturaleza de la misma.
7. Cuando el espacio destinado a las respuestas no sea suficiente deberán anotarse en "DATOS ADICIONALES".

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

1. Apellidos \_\_\_\_\_ 2. Nombres \_\_\_\_\_ 3. Fecha nacimiento \_\_\_\_\_
4. Domicilio \_\_\_\_\_ 5. Ocupación \_\_\_\_\_

**II. DECLARACIÓN MÉDICA**

6. Lugar de fallecimiento (Si es hospital indicar el nombre) \_\_\_\_\_
7. Fecha y hora del fallecimiento \_\_\_\_\_
8. ¿Hace cuánto tiempo usted conoció al fallecido? \_\_\_\_\_
9. ¿Qué enfermedades padeció el fallecido?

Fecha – Fecha Inicio Fin	Diagnóstico	Duración del Tratamiento

10. ¿Cuál fue la causa principal de la muerte? \_\_\_\_\_

11. ¿Cuánto tiempo estima usted que duró el padecimiento que causó la muerte? \_\_\_\_\_

12. ¿Existieron otros factores que contribuyeron a causar la muerte (dar detalles amplios)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Qué otros médicos atendieron al fallecido en su última enfermedad(nombres y direcciones) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. DATOS ADICIONALES \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Declaro bajo juramento que los datos proporcionados son verdaderos y autorizo a Aseguradora Agrícola Comercial, S.A. para que investigue los hechos mencionados. La compañía no estará obligada a pagar este reclamo si existiese falsedad en la información

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Médico

\_\_\_\_\_  
Firma Médico

\_\_\_\_\_  
(Sello)