

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.**

\_\_\_\_\_ firma y sello del médico  
 \_\_\_\_\_  
 fecha \_\_\_\_\_