



FICHA MÉDICA

FALLECIMIENTO

Datos personales a completar

SECCIÓN 1 - Datos del titular de la cobertura

NOMBRE Y APELLIDO
DEL TITULAR:

NÚMERO DE DNI:

NÚMERO DE SINIESTRO:

CORREO ELECTRÓNICO DEL DENUNCIANTE

SECCIÓN 2 - Declaración del médico que asistió al fallecimiento del asegurado

Apellido y nombre del asegurado:

Lugar del fallecimiento

Fecha y hora del fallecimiento

¿De qué enfermedades anteriores a la que ocasionó la muerte lo atendió o fue consultado? (Indique fechas y resultados):

Última enfermedad y
síntoma que presentaba:

Fecha a que podría remontarse
por síntomas e historia clínica:

Tratamiento médico y/o quirúrgico
de su última enfermedad:

¿Cuál fue su diagnóstico
acerca del fallecimiento?

Si el asegurado conocía la enfermedad
que sufría, indique desde qué fecha

Si el deceso fue causado por accidente,
dé los detalles que sean de su conocimiento:

Si se instruyó sumario policial o se practicó reconocimiento
médico post-mortem, indique cuál, por quién y conclusiones:

Según su criterio, ¿desde qué fecha estuvo
impedido de atender sus obligaciones?

Si sabe que haya padecido de otras enfermedades de importancia no atendidas por Ud., menciónelas. (Si es posible indique fechas y secuelas).

Fecha

Secuela

Certifico por este medio que la información anterior se basa en probabilidades médicas razonables y que, a mi mejor saber y entender, la misma es verdadera y correcta.

APELLIDO Y NOMBRE
DEL PROFESIONAL

MATRICULA PROFESIONAL N.º

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

FIRMA DEL MEDICO / SELLO

FECHA

SECCIÓN 3 - Datos del denunciante

NOMBRE Y APELLIDO
DEL DENUNCIANTE:

NÚMERO DE DNI:

CORREO ELECTRONICO:

PARENTESCO O RELACIÓN CON EL ASEGURADO:

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA