

## DECLARACION 2

|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------|----------|----------|--------------|
| <b>FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DE LA MUERTE, INVALIDEZ O PÉRDIDA ORGÁNICA DEL ASEGURADO</b>                                                                                                            |              |       |          |          |              |
| PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO QUE EXTENDIO EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O EL QUE ATENDIÓ AL ASEGURADO DURANTE SU ENFERMEDAD, INVALIDEZ O PÉRDIDA ORGÁNICA                                                     |              |       |          |          |              |
| 1.- NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA (APELLIDO PATERNO, MATERNO Y NOMBRE)                                                                                                                                       |              |       |          |          |              |
| 2.- RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE LA MUERTE, INVALIDEZ O PÉRDIDA ORGÁNICA                                                                                                                                       |              |       |          |          |              |
| CIUDAD                                                                                                                                                                                                        |              |       | ESTADO   |          |              |
| 3.- EDAD AL MORIR / INVALIDARSE/ OCURRENCIA DE LA PÉRDIDA ORGÁNICA                                                                                                                                            |              |       | SEXO     |          | ESTADO CIVIL |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
| 4.- OCUPACION A LA FECHA DE LA MUERTE / INVALIDEZ/ PÉRDIDA ORGÁNICA                                                                                                                                           |              |       |          |          |              |
| 5.- LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
| 6.- SI LA MUERTE / INVALIDEZ/ PÉRDIDA ORGÁNICA OCURRIÓ EN UN HOSPITAL O SANATORIO, DAR EL NOMBRE                                                                                                              |              |       |          |          |              |
| 7.- ¿QUE TIEMPO HACE QUE CONOCIÓ USTED AL ASEGURADO?                                                                                                                                                          |              |       |          |          |              |
| 8.- TIEMPO QUE ATENDIÓ AL ASEGURADO                                                                                                                                                                           |              |       |          |          |              |
| 9.- ¿CUANDO FUE USTED CONSULTADO POR PRIMERA VEZ ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DEL SINIESTRO?                                                                                                        |              |       |          |          |              |
| 10.- ¿EN QUE 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 | FECHA | DURACIÓN | GRAVEDAD | SECUELAS     |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
| 11.- ¿CUANDO ATENDIÓ USTED POR ÚLTIMA VEZ A LA PERSONA ASEGURADA?                                                                                                                                             |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
| 12.- DATOS DE LA DEFUNCIÓN / INVALIDEZ/ PÉRDIDA ORGÁNICA                                                                                                                                                      |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |
|                                                                                                                                                                                                               |              |       |          |          |              |

## DECLARACION 2

|                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>CAUSAS</p> <p>1</p> <p>ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIRECTAMENTE PRODUJO LA MUERTE / INVALIDEZ / PÉRDIDA ORGÁNICA</p> <p>a)</p>                                        | <p>TIEMPO QUE EN SU OPINIÓN ESTUVO SUFRIENDO DE LA AFECCIÓN QUE LE CAUSÓ LA MUERTE / INVALIDEZ / PÉRDIDA ORGÁNICA</p> |
| <p>ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIÓ ORIGEN A LA QUE DETERMINÓ LA MUERTE / INVALIDEZ</p> <p>b)</p>                                                                         |                                                                                                                       |
| <p>OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS ANTERIORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE / INVALIDEZ / PÉRDIDA ORGÁNICA</p> <p>c)</p>                                |                                                                                                                       |
| <p>II</p> <p>OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS QUE NO TUVIERON RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BÁSICA.</p>                                                                |                                                                                                                       |
| <p>13.- EN CASO DE DEFUNCIÓN/ INVALIDEZ/ PÉRDIDA ORGÁNICA POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES, SIRVANSE INFORMAR LA CAUSA Y QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO</p>          |                                                                                                                       |
| <p>14.- LUGAR, FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE</p>                                                                                                              |                                                                                                                       |
| <p>15.- HUBO EN EL SINIESTRO EFECTOS DIRECTOS E INDIRECTOS, CAUSADOS ESPECIALMENTE POR EL USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS, POR SU OCUPACIÓN O POR EL LUGAR DE RESIDENCIA.</p> |                                                                                                                       |
| <p>NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO</p> <p>TELÉFONO</p>                                                                                                                        |                                                                                                                       |
| <p>DOMICILIO COMPLETO (CIUDAD Y ESTADO)</p>                                                                                                                              |                                                                                                                       |
| <p>TÍTULO No.</p> <p>CEDULA No.</p>                                                                                                                                      |                                                                                                                       |
| <p>OTROS MÉDICOS QUE LO ATENDIERON</p>                                                                                                                                   |                                                                                                                       |
| <p>NOMBRE COMPLETO</p> <p>TELÉFONO</p>                                                                                                                                   |                                                                                                                       |
| <p>DOMICILIO COMPLETO (CIUDAD Y ESTADO)</p>                                                                                                                              |                                                                                                                       |
| <p>TÍTULO No.</p> <p>CEDULA No.</p>                                                                                                                                      |                                                                                                                       |
| <p>FECHA DO EN EL DIA DE</p>                                                                                                                                             |                                                                                                                       |
| <p>DATOS ADICIONALES</p>                                                                                                                                                 |                                                                                                                       |
| <p>FIRMA</p>                                                                                                                                                             |                                                                                                                       |