

SEGURO DE PERSONAS DECLARACIÓN MEDICA POR FALLECIMIENTO

Favor completar el siguiente formulario por el Médico o Centro Hospitalario que brindó asistencia al asegurado.

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO	
Nombre completo:	
Edad a la fecha del fallecimiento:	Ocupación:

II. INFORMACIÓN DEL FALLECIMIENTO		
Lugar:	Fecha:	Hora:
Causa del fallecimiento: Accidente Enfermedad Homicidio Suicidio Otro:		
Favor brindar detalles del caso y confirmar si se identificó algún padecimiento que ocasionara el fallecimiento:		

III. INFORMACIÓN SOBRE PADECIMIENTOS DEL ASEGURADO		
Fecha del Diagnóstico	Diagnóstico	Duración y tipo de tratamiento

<p>Las declaraciones anteriores son verdaderas y las he hecho de buena fe; por consiguiente, PROTEGE SEGUROS, S.A. puede realizar las investigaciones correspondientes sobre los hechos mencionados y en caso de falsedad en la información proporcionada, la Aseguradora no estará obligada a realizar pago sobre el reclamo presentado.</p> <p>Nombre del médico:</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <hr style="width: 30%; margin: 0 auto;"/> <p>Firma y sello del médico</p> </div>
Lugar y fecha: