



DECLARACIÓN DEL MÉDICO

Esta información se usará para determinar la elegibilidad para el seguro y/o administrar la cobertura de beneficios bajo una Póliza de Compañía de Seguros de Vida para Personas Mayores. Debe ser completado por el médico de familia o el médico que lo atendió durante la última enfermedad.

Información Del Médico

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Policy Information

Nombre del Fallecido: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Fallecimiento: _____

Información Sobre Fallecimiento Del Asegurado

La Muerte se debió a:

Enfermedad Accidente Homicidio Suicidio Indeterminado

Causa de la Muerte (Lista de diagnóstico): _____ Was an autopsy performed? Sí No

¿Cuánto tiempo sufrió el difunto la enfermedad, condición o lesión que causó su muerte?

¿Qué otras enfermedades o condiciones contribuyeron a la muerte del Asegurado?

¿En qué fecha diagnosticó por primera vez las condiciones que contribuyeron a la muerte?

¿Fue el/la asegurado(a) consciente de su diagnóstico? Sí No

Lugar y dirección de la muerte:
