



## 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:

\_\_\_\_\_

