

Informe del Médico Asistente

Este cuestionario debe ser contestado de su puño y letra por el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad (se ruega contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas)

Apellido y nombre del extinto:

Lugar del fallecimiento (domicilio, sanatorio, etc.):

Fecha de fallecimiento:

Causas inmediatas de la muerte (detalle):

¿Cuál fue la última enfermedad del asegurado?

Fecha del comienzo/...../..... Detalle de la misma:

¿De qué otras enfermedades de importancia sabe Ud. que padeció el extinto?

¿Qué duración tuvieron?

¿En que fecha padeció dichas enfermedades?

¿Dejaron secuelas? ¿Cuáles?

¿El deceso se debió a accidente, suicidio u homicidio?

Indique el nombre y dirección de los mismos

Otras aclaraciones:

Apellido y nombre del médico que certificó el deceso:

..... Domicilio:

..... Localidad:

.....
Lugar y Fecha

.....
Firma del Médico

.....
Nombre Aclarado