



Número(s) Póliza(s) _____

ESTA DECLARACIÓN DEBE SER REQUISITADA POR EL MÉDICO TRATANTE O EL QUE CERTIFICÓ LA DEFUNCIÓN
■ DATOS DEL ASEGURADO

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s) _____ Fecha de Nacimiento

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Edad	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Régimen de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, etc.)	Número de Afiliación
------	---	--	----------------------

■ INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE LA DEFUNCIÓN DEL ASEGURADO

 Es usted su médico tratante Sí No Tiempo de conocer al Asegurado _____

Fecha en que fue consultado por primera vez por el Asegurado	Fecha de la defunción	Hora de defunción																
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">D</td><td style="width: 20px; height: 20px;">D</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">D</td><td style="width: 20px; height: 20px;">D</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">M</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td><td style="width: 20px; height: 20px;">A</td></tr></table>	D	D	M	M	A	A	A	A	
D	D	M	M	A	A	A	A											
D	D	M	M	A	A	A	A											

 Lugar de fallecimiento: Lugar de trabajo Vía pública Carretera Hospital Hogar
 Otro Especifique: _____

 Describa brevemente los signos y síntomas relacionados con el fallecimiento

■ CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

		Causas de Defunción	Tiempo aproximado entre inicio del padecimiento y muerte
PARTE I	Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente		
	Causas antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada		
	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte		
PARTE II	Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad que los produjo		

■ HISTORIAL CLÍNICO DEL ASEGURADO

Conoce o sabe si el Asegurado padeció de alguna de las siguientes enfermedades, por favor marque:

Antecedentes cardiacos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en el sistema urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Infarto al corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en el sistema nervioso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en el sistema visual o auditivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad en el sistema reproductor	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tumores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intervenciones quirúrgicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad en el sistema respiratorio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras enfermedades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad en el sistema digestivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál?	

En caso de haber marcado alguna de las opciones anteriores o haber atendido al Asegurado por alguna otra causa, por favor detalle la siguiente información:

	Cuadro I	Cuadro II	Cuadro III
Diagnóstico			
Fecha de inicio			
Exámenes practicados			
Secuelas			
Otros comentarios			

En caso de no ser el médico tratante, explique detalladamente la razón por la que certifica la muerte y los antecedentes clínico patológicos y traumáticos que usted conozca en relación a ella.

Médico(s) que habitualmente trataba(n) al Asegurado

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)	Cédula Profesional	Especialidad	Teléfono

■ INFORMACIÓN PARA CASOS DE MUERTE POR CAUSAS NO NATURALES

En caso que la muerte haya sido por causas no naturales (accidente, homicidio, suicidio, etc.)

Lugar de fallecimiento: Lugar de trabajo Vía pública Carretera Hospital Hogar
 Otro Especifique: _____

Falleció en el lugar de los hechos Sí No

Se realizó autopsia Sí No En caso afirmativo indique la fecha

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Nombre del médico que practicó la autopsia _____

■ DATOS DEL MÉDICO QUE CERTIFICÓ LA MUERTE

Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)		Cedula Profesional	Especialidad
Domicilio (Calle y Número)		Colonia	Delegación / Municipio
Ciudad / Población		Estado	Código Postal
Teléfono Celular	Correo Electrónico		

Para efectos de validación de este cuestionario médico, debe anexar copia de una identificación oficial (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte vigente, cartilla militar, etc.).

Antes de firmar, se recuerda que, según lo establecido en el Art. 142 LGISMS, se impondrá pena de prisión y multa al agente o al médico que oculte a la aseguradora la existencia de hechos cuyo conocimiento habría impedido la celebración de un contrato de seguro.

Como médico tratante autorizo a los hospitales, laboratorios y demás instituciones de salud donde fue internado o atendido el finado, a que otorguen a Prudential Seguros de México, S.A. de C.V. información que se refiera a la evolución de la salud del mismo. Inclusive todos los datos de padecimientos anteriores, para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Lugar _____

Fecha

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Firma _____