

FORMULARIO COMPLEMENTARIO SCSSD POR FALLECIMIENTO

DECLARACION DEL MEDICO

Nombre Completo del Asegurado _____

Fecha de Fallecimiento _____ Edad al Fallecer _____

Residencia al Fallecer _____

Lugar de Fallecimiento _____

¿Cuánto hace que lo conoce? _____ ¿Por cuánto ha sido su médico? _____

CAUSA DE LA FALLECIMIENTO

A Causa inmediata de fallecimiento: _____

Duración _____

B Causas contribuyentes al fallecimiento: _____

C Otras enfermedades o menoscabos crónicos: _____

Fecha del primer tratamiento para la última enfermedad _____

Fecha del último tratamiento para la última enfermedad _____

¿Trató o aconsejó usted al difunto ALGUNA VEZ durante los últimos 5 años? SI _____ NO _____

De ser sí, suministre los siguientes datos: Fecha _____

Naturaleza de la Enfermedad _____

¿Sabe usted si la persona fallecida recibió tratamiento de otro médico o en algún hospital o institución durante los últimos 5 años? SI _____ NO _____

De ser sí, de nombres y direcciones _____

SI LA FALLECIMIENTO NO FUE POR CAUSA NATURAL CONTESTESE LO SIGUIENTE

Fecha del Suceso _____ El fallecimiento fue por:

Accidente _____

Suicidio _____

Homicidio _____

¿Se realizó autopsia? SI _____ NO _____ ¿Se realizó pericia judicial? SI _____ NO _____

Descríbanse brevemente las circunstancias _____

En caso de ser accidente u homicidio, sírvase completar el formulario específico para el caso.

Por este medio certifico que la información suministrada en esta declaración está completa y es verídica según mi leal saber y entender.

Fechado en _____ el _____ de _____ de 20_____

Firma _____ Nombre _____

Dirección _____ Teléfono _____