



Compañía de Seguros

Edificio Corporativo ASSA, Pista Jean Paul Genie, costado oeste.
Edificio BID, MR-67 Managua, Nicaragua.
Teléfono: (505) 2276-9000 | reclamospersonasni@assanet.com
Web www.assanet.com.ni

Anexo B

Declaración del médico que haya asistido en la enfermedad o accidente que precedió a la muerte del asegurado

1. Nombre y apellido del fallecido (a) a quien se refieren las preguntas y respuestas contenidas en esta declaración

2. Residencia del difunto (a):

3. Ocupación al tiempo de la muerte:

4. ¿Cuánto tiempo conoció al difunto (a)?:

5. Solo usted lo (la) asistió durante su última enfermedad?, si hubo otros médicos o cirujanos que lo (a) asistieron ya sea en consulta con usted, o separadamente, por favor indique los nombres y especialidades:

6. Indique las fechas de:
a. La primera visita que hizo _____ b. La última visita que le hizo _____ c. De la defunción _____
7. Enfermedad o causa de la muerte: indique si hubo complicaciones con otra enfermedad, duración y demás datos médicos de importancia:

8. Si usted por algún motivo especial a pesar de haberlo estado atendiendo en su última enfermedad no acudió al último llamado inmediatamente antes de la muerte, sírvase decir que médico lo (a) asistió o lo reemplazo a usted:

9. Si usted le asistió antes de su última enfermedad, indique la fecha, causa, duración y demás detalles de la enfermedad o enfermedades anteriores a la última o a la que presidió inmediatamente a su muerte:

10. ¿Qué otros médicos o cirujanos, en los últimos años asistieron al finado(a)? Indique sus nombres y los motivos de dicha asistencia:

11. ¿Padecía el fallecido (a) anteriormente de otra u otras enfermedades agudas o crónicas?:

12. Indique si el difunto (a) había sufrido otras enfermedades, o si usted le asistió por otra causa o indicado anteriormente. Explique los detalles:

13. ¿Cuál fue la fecha en que se estableció el diagnóstico al paciente?:

14. Por favor indique:

a. Si era adicto(a) a los licores: _____

b. Si se excedía en el uso de estos: _____

c. Tiempo que abusó de los licores antes del fallecimiento: _____

15. Indique las causas, inmediatas o remotas, que hayan predispuerto al finado (a) para su muerte, tomando en cuenta sus hábitos, atavismo, ocupación, residencia o enfermedades anteriores:

16. Edad de la persona fallecida (según documento de identidad):

17. ¿Vio usted el cadáver?:

18. Si usted vio el cadáver, indique el nombre del (los) médicos(s) que lo vieron:

19. ¿Expidió usted el certificado de defunción?:

20. ¿En caso negativo, que médico expidió dicho certificado?:

Por el presente documento declaro que las respuestas anteriores son ciertas, exactas y ajustadas en un todo a la verdad y en todo lo que al respecto se y me consta, en fé de lo cual firmo en la ciudad de _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Firma

Nombre del Médico / Código y Sello

Nombre y Firma Testigo No. 1

Nombre y Firma Testigo No. 2

Dirección / Teléfono

Dirección / Teléfono

Fecha en _____ a los _____ días del mes _____ del año _____

Firma