

**Datos del Asegurado** (Completar con letra imprenta mayúscula)

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ C. Postal: \_\_\_\_\_  
Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Tel. Particular: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha del fallecimiento: \_\_\_\_\_

¿Era Ud. su médico asistente?  SI  NO En caso afirmativo indique desde qué fecha: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la última enfermedad del Asegurado? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó a asistirlo con esa enfermedad? (precisar detalles) \_\_\_\_\_


¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la causa inmediata de su muerte? \_\_\_\_\_

Si la muerte fue causado por accidente, sírvase facilitar los detalles que son de su conocimiento \_\_\_\_\_

**Observaciones del médico**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Nombre y Apellido del Médico _____ |  |
| Matrícula Nro. _____               |   |
| Domicilio _____                    |   |
| Localidad _____                    |   |
| Provincia _____                    |   |
| Lugar y fecha _____                |   |

3521-8 (05/2019)