



La Ceiba
Aseguradora

DECLARACION DEL MEDICO QUE ATENDIO AL DIFUNTO

Durante su última enfermedad o durante los últimos momentos antes de su muerte.

(Este documento deberá legalizarse mediante autenticación de la firma ante notario debidamente autorizado)

Nombre completo del difunto: _____

Edad al morir: _____ Ocupación en vida: _____

Dirección de la residencia: _____

Tiempo que conoció al difunto: _____

Atendió usted al difunto durante su última enfermedad o en cualquiera otra anterior: _____

Fecha en que fue consultado por primera vez para la enfermedad que causo directa o indirectamente la muerte: _____

Fecha de su última consulta o visita: _____

Anote las enfermedades que padeció durante el tiempo que fue su paciente:

- | | |
|----------|--------------|
| 1. _____ | Fecha: _____ |
| 2. _____ | Fecha: _____ |
| 3. _____ | Fecha: _____ |
| 4. _____ | Fecha: _____ |

Lugar donde falleció (Hospital, Clínica, Residencia, etcétera): _____

Fecha: _____ Hora: _____

Cuál fue la causa inmediata de su muerte: _____

En su opinión desde cuando (fecha) sufrió el difunto de esta enfermedad: _____

Cuál fue la enfermedad que indirectamente le causo la muerte: _____

Cuales enfermedades le produjeron la muerte:

- | | | |
|----------|--------------|--------------|
| 1. _____ | Desde: _____ | Hasta: _____ |
| 2. _____ | Desde: _____ | Hasta: _____ |
| 3. _____ | Desde: _____ | Hasta: _____ |
| 4. _____ | Desde: _____ | Hasta: _____ |

Hubo alguna investigación oficial para determinar la causa de la muerte: _____

El difunto usaba narcóticos, bebidas alcohólicas que contribuyeron a su muerte: _____

Vio usted al difunto y se cercioró de su identidad después de su muerte: _____

Firmó usted el Certificado Médico de Defunción para el Registro Civil _____

20 Calle 15-20 Zona 13, Edificio Aseguradora La Ceiba

PBX:(502)379-1800. Tels.: (502) 334-8130/32 . FAX: (502) 334-8167/68 e-mail: admin@aceiba.

Si hay algún otro detalle acerca de las enfermedades o hábitos del difunto que usted considere debamos conocer, sírvase especificarlo:

Indique los nombres de todos los Médicos o Practicantes de la medicina que, de acuerdo con su conocimiento, y la información de los familiares, atendieron al difunto durante sus últimos cinco años de vida.

Nombre del Médico	Dirección/teléfono	Enfermedad
-------------------	--------------------	------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Certifico que atendí al difunto según se declara arriba, y que las respuestas que he dado están completas y son verídicas según mi leal saber y entender.

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Colegiado No. _____

(AUTENTICA)

Instrucciones:

1. Este documento deberá ser completado por el Médico en letra propia.
2. Al contestar las causas de la muerte, favor hacerlo de acuerdo con la Lista Internacional.
3. Si hubo herida, lesión, traumatismo o contusión, descríbase el accidente.
4. En los casos de suicidio u homicidio, especifíquese el medio empleado.
5. En los casos quirúrgicos, indíquese el carácter de la operación practicada, así como la enfermedad, estado o condición.
6. Tratándose de mujeres, deberá señalarse el estado puerperal.
7. Tratándose de neoplasmas, debe indicarse el tipo y la región implicada.

SÍRVASE EVITAR EL USO DE TERMINOS INDEFINIDOS. DESCRÍBANSE MINUCIOSAMENTE CUALQUIER ASPECTO ANORMAL. DE NO BASTAR LOS ESPACIOS PARA CADA RESPUESTA, POR FAVOR UTILICE HOJAS ADICIONALES.

20 Calle 15-20 Zona 13, Edificio Aseguradora La Ceiba

PBX:(502)379-1800. Tels.: (502) 334-8130/32 . FAX: (502) 334-8167/68 e-mail: admin@aceiba.



La Ceiba
Aseguradora

DECLARACION DEL RECLAMANTE

(Este documento deberá legalizarse mediante autenticación de la firma ante notario debidamente autorizado)

Nota: Antes de empezar a completar este formulario, léanse las instrucciones al respaldo.

Nombre completo del difunto: _____

Edad al morir: _____ Ocupación en vida: _____

Dirección de la residencia: _____

Detalle todos los seguros de vida, accidentes y otros que tenia vigente el asegurado en ésta u otras Compañías:

Compañía Aseguradora	Clase de Seguro	Numero de Póliza	Fecha de Emisión	Valor Asegurado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Lugar donde falleció (Hospital, Clínica, Residencia, etcétera): _____

Fecha: _____ Hora: _____

Cuál fue la causa inmediata de su muerte: _____

Quando se quejó por primera vez el difunto o dio indicaciones de su última enfermedad (fecha): _____

Quando consultó el difunto con un Médico o Practicante de la medicina, relativo a su ultima enfermedad (fecha): _____

En que fecha desempeñó el difunto por última vez su ocupación habitual: _____

Médicos consultados por el difunto en sus últimos cinco años:

Nombre del Médico	Dirección/teléfono
_____	_____
_____	_____

Dentro de los últimos cinco años, había estado el difunto alguna vez en observación, cura o tratamiento en algún hospital, sanatorio, asilo o en otra institución: _____

Si la respuesta es afirmativa, indíquese cuando, donde y por qué razones: _____

En que calidad reclama usted el seguro: _____

20 Calle 15-20 Zona 13, Edificio Aseguradora La Ceiba

PBX:(502)379-1800. Tels.: (502) 334-8130/32 . FAX: (502) 334-8167/68 e-mail: admin@aceiba.

Elige usted alguno de los métodos de liquidación alternativos, en vez de recibir la Suma Asegurada en efectivo: _____

En caso afirmativo, dígame cual de estos casos: _____

Lugar y fecha de Nacimiento del Reclamante: _____

Declaro que las respuestas en este formulario son verídicas y exactas, hasta donde llega mi conocimiento. También se conviene en que el suministro del presente formulario o cualquier otro, no constituye reconocimiento por parte de Aseguradora La Ceiba, S. A., de la existencia de una póliza a favor de la persona fallecida, ni otorga más derechos de los que figuran en el contrato respectivo, en caso de existir este.

Fecha en _____ el día _____.

Nombre completo del Reclamante: _____.

Firma: _____ Documento de Identificación: _____

(AUTENTICA)

Instrucciones:

1. La Declaración del Reclamante, deberá ser otorgada por la persona o las personas a quienes sea pagadero el seguro. Si hay más de un beneficiario, será completada uno por cada individuo.
2. Cuando sea pagadera una póliza a un beneficiario designado, mayor de edad, deberá hacerse la declaración por tal beneficiario.
3. Cuando sea pagadera una póliza a un beneficiario designado, o a uno o varios beneficiarios, pero por muerte de algún beneficiario, haya llegado a ser pagadera de otro modo, deberá suministrarse también la partida de fallecimiento del beneficiario difunto.
4. Cuando sea pagadera una póliza a una persona menor de edad, deberá otorgarse la declaración por el representante del menor, de cuyo nombramiento y habilitación deberá suministrarse certificación oficial.
5. Cuando sea pagadera una póliza a la sucesión, o bien al albacea o administrador del asegurado, deberá otorgarse la declaración por un albacea o administrador, de cuyo nombramiento y habilitación deberá suministrarse certificación oficial.
6. Cuando sea pagadera una póliza bajo una cesión, deberá el cesionario otorgar la declaración. En caso de Cesión subsidiaria, especifíquese el importe nominal de la misma, así como el monto actual de la deuda pasiva del difunto bajo dicha cesión. Deberá presentarse la cesión original.