

**DECLARACION DEL MEDICO TRATANTE**  
Fallecimiento/incapacidades /Cobertura en Vida / Peridas Organicas

NOTA: Es importante que todas las preguntas sean contestadas y que se de una información completa y detallada

**Datos del Asegurado**

Nombre del Paciente Asegurado: (Apellido Paterno, Materno, Nombre(s)) \_\_\_\_\_

Tipo de Reclamación:  Fallecimiento  Incapacidad  Peridas Organicas  Cobertura en Vida

**información sobre la causa de fallecimiento o padecimiento actual**

Causa:  Accidente  Enfermedad

En caso de accidente describa cómo y donde ocurrió, de acuerdo a como lo conozca: \_\_\_\_\_

Fecha en que atendió por primera vez al asegurado con respecto al padecimiento o accidente: \_\_\_\_\_

Fecha en que iniciaron los primeros síntomas o signos del padecimiento o fecha en que ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

Principales signos y síntomas: \_\_\_\_\_

La enfermedad o lesión ocasionó incapacidad:  SI  NO

Que tipo de incapacidad:  Parcial  Total La incapacidad es de carácter:  Temporal  Definitiva

Fecha de inicio de la incapacidad: \_\_\_\_\_ Fecha fin de la incapacidad: \_\_\_\_\_

Mencione brevemente el estado actual, el pronostico y estado funcional con respecto de la incapacidad: \_\_\_\_\_

**Causas de la defunción (Llenar solo en caso de fallecimiento)**

| Causa de la defunción  | Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte |
|--|--|
| patologico que produjo la muerte directamente  |  |
| Causas antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba |  |
| Otros estados patologicos significativos que contribuyeron a la muerte.                    |  |

**Datos del médico que llena el presente formulario:**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_ Cedula Profesional No. \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Telefonos: \_\_\_\_\_ Radio o Celular: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha : \_\_\_\_\_

Nota: Como médico tratante bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en este formato fue tomada directamente del expediente clínico, obligándome a ratificar el presente documento ante cualquier autoridad o fedatario en el momento en que se me requiera. Manifestando que el presente documento se otorga libre de toda coacción, lesión, error, dolo, etcétera, poniendo a disposición de Seguros Monterrey New York Life, S.A. de C.V. tanto el expediente clínico, como los resultados de estudios de laboratorio y gabinete, historia clínica completa, indicaciones médicas y todo aquello que se refiera a la salud del asegurado y que obre en mi poder

Firma del Médico \_\_\_\_\_