

**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) \_\_\_\_\_

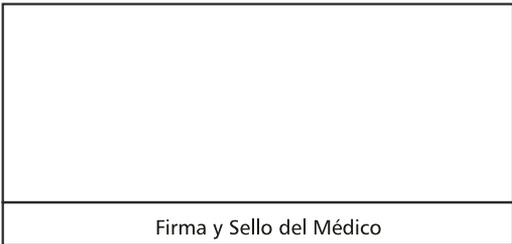
¿A qué fecha podría remontarse la enfermedad? \_\_\_\_\_

¿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)