

Seguros Inbursa, S.A. Grupo Financiero Inbursa

Los datos a que se refiere esta forma deberán ser proporcionados por el (los) Beneficiario(s) nombrado(s) en la(s) Póliza(s) de Seguros

Número de Póliza(s)	Tipo de Seguro			Grupo o Colectivo	
	Individual <input type="checkbox"/>	Grupo <input type="checkbox"/>	Colectivo <input type="checkbox"/>	Nombre del Contratante	Número de Certificado

Datos Generales del Asegurado (a la Fecha del Fallecimiento)

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
R.F.C.:			CURP:		
Fecha de Nacimiento Dia Mes Año		Lugar de Nacimiento:			
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión:		Antigüedad en la Empresa:	
Domicilio					
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):			Pais:
Lada	Teléfono No.:		No. de Afiliación IMSS, ISSSTE u Otro:		

Datos de la(s) Empresa(s) donde prestaba sus Servicios

Nombre de la Empresa o Negocio:	Antigüedad en la Empresa:
---------------------------------	---------------------------

Datos de otra(s) Empresa(s) donde se encontraba Asegurado

Nombre de la Empresa(s):

Datos del Médico 1 que atendió al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Pais:	Teléfono No.:
Institución de salud a la que pertenece:					

Datos del Médico 2 que atendió al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Pais:	Teléfono No.:
Institución de salud a la que pertenece:					

Datos del Médico 3 que atendió al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Pais:	Teléfono No.:
Institución de salud a la que pertenece:					

Datos del Fallecimiento

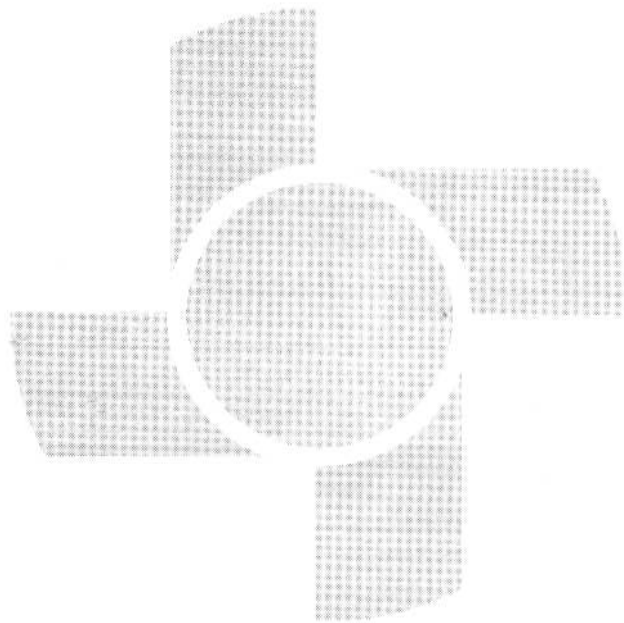
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Día	Mes	Año
Causa(s):						
¿En dónde se realizaron los servicios funerarios?:		Día	Mes	Año		
¿Dónde ocurrió el fallecimiento? Domicilio Particular <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Sanatorio <input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____						
Calle:				Edificio:	No. exterior / No. interior	
Colonia / Fraccionamiento:			Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:			Entidad Federativa (Estado):		País:	
¿La muerte fue violenta?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique:				
Autoridad que tomó conocimiento:						
<p><small>En este acto autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para que en caso de que así lo decida, solicite, requiera y obtenga del (los) médico(s), hospital(es), sanatorio(s), clínica(s), laboratorio(s), gabinete(s) y/o establecimiento(s) en los que haya sido atendido el Asegurado, toda la información sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como al (los) expediente(s) y/o resumen(es) clínico(s) y/o nota(s) y/o reporte(s) y/o cualquier otro documento sobre su(s) enfermedad(es) y/o accidentes y/o tratamiento(s) proporcionado(s) al Asegurado.</small></p>						

Datos del Beneficiario 1

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
Parentesco (para efectos de identificación):		R.F.C.:	CURP:	Día	Fecha de Nacimiento Mes	Año
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión:		Actividad o Giro del Negocio:		
Calle:				Edificio:	No. exterior / No. interior:	
Colonia / Fraccionamiento:			Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:			Entidad Federativa (Estado):		País:	
Lada:	Teléfono No.:	Fax:		E-Mail/ Página de Internet:		
Firma del Beneficiario						

Datos del Beneficiario 2

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)		
Parentesco (para efectos de identificación):		R.F.C.:	CURP:	Día	Fecha de Nacimiento Mes	Año
Nacionalidad:		Ocupación / Profesión:		Actividad o Giro del Negocio:		
Calle:				Edificio:	No. exterior / No. interior:	
Colonia / Fraccionamiento:			Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:			Entidad Federativa (Estado):		País:	
Lada:	Teléfono No.:	Fax:		E-Mail/ Página de Internet:		
Firma del Beneficiario						



ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ SER CONTESTADO DE PUÑO Y CON LETRA DE MOLDE DEL MÉDICO QUE EXTENDIÓ EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O EN SU DEFECTO POR EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO.

Datos del Asegurado:

 1.- Nombre del Asegurado _____
Apellido Paterno
Apellido Materno
Nombre(s)

 2.- Domicilio al momento del Fallecimiento: _____
Calle
No.
Colonia /Fraccionamiento

C.P.
Ciudad/Población
Estado

 3.- Edad al Fallecimiento: _____ Sexo: F M Fecha del Fallecimiento: _____
Día
Mes
Año

 4.- Lugar del Fallecimiento: _____
Ciudad/Población
Estado

 5.- ¿Dónde ocurrió el fallecimiento? Domicilio Particular Hospital Sanatorio Clínica Otro Especifique: _____

 Dirección (Calle No., Colonia/Fraccionamiento, C.P., Ciudad/Población, Estado)

 6.- ¿Desde cuándo conocía al finado? _____ ¿Cuándo lo atendió por primera vez? _____
Día
Mes
Año
Día
Mes
Año

7.- ¿Motivo? _____

 8.- ¿Extendió usted el Certificado de Defunción? SI NO Motivo: _____

 9.- ¿Cuándo fue consultado por primera vez acerca de las causas del fallecimiento? _____
Día
Mes
Año

Especifique: _____

 10.- ¿El fallecimiento fue ocasionado por lesiones que se causó el Asegurado, o como consecuencia del uso o estando bajo los efectos del alcohol, algún estupefaciente o sustancia psicotrópica? SI NO
 Especifique: _____

11.- ¿En que enfermedades, afecciones, operaciones, etc., asistió al Asegurado o fue consultado antes del padecimiento que motivo la muerte? (Detallar en el cuadro siguiente):

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	No. DE VECES	FECHA	DURACIÓN	SECUELAS

12.- Mencione el nombre de otros Médicos que hayan atendido al Asegurado:

Nombre(s) y Apellidos: _____

 Dirección: _____
Calle No.
Colonia/Fraccionamiento
Ciudad/Población
Estado

Teléfono(s): _____

Nombre(s) y Apellidos: _____

 Dirección: _____
Calle No.
Colonia/Fraccionamiento
Ciudad/Población
Estado

Teléfono(s): _____

Causas de la Defunción:

<p>PARTE I</p> <p>Enfermedad, lesión o estado patológico que produjo la Muerte directamente</p>	<p>Anote una sola causa en cada renglón (No deben señalarse modos de morir)</p> <p>a) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p>	<p>Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Causas, antecedentes. Estados morbosos, si existiera(n) alguno(s) que produjo(eron) la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.</p>	<p>b) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>c) _____ Debido a (o como consecuencia de)</p> <p>d) _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
<p>PARTE II</p> <p>Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionado con la enfermedad o estado morbooso que la produjo.</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p>

Causas Básicas de la Defunción: _____

Datos del Médico que requisita este Cuestionario:

Nombre(s) y Apellidos: _____

Dirección: _____

Calle No. Colonia/Fraccionamiento Ciudad/Población Estado

Teléfono(s): _____

No. de Cédula de la Dirección General de Profesiones: _____

No. del Certificado del Consejo de Especialidad: _____

No. de Cédula de Especialidad: _____

Institución a la que pertenece: _____

R.F.C.: _____

En este acto autorizo a Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa, para que en caso de que así lo decida, solicite, requiera y obtenga del (los) médico(s), hospital(es), sanatorio(s), clínica(s), laboratorio(s), gabinete(s) y/o establecimiento(s) en los que haya sido atendido el Asegurado, toda la información sobre el diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamientos, así como el (los) expediente(s) y/o resumen(es) clínico(s) y/o notas y/o reportes y/o cualquier otro documento sobre su(s) enfermedad(es) y/o accidente(s) y/o tratamiento(s) proporcionado(s) al Asegurado.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.

_____ a _____ de _____ de _____
Ciudad/Población

Firma del Médico

AVISO

Antes de realizar esta declaración, deberá leer y cumplir estrictamente las instrucciones especiales de llenado y contestar cada una de las preguntas que se relacionan a continuación.

INSTRUCCIONES ESPECIALES

La Declaración debe hacerla una persona legalmente capacitada y no estar sujeta a un proceso de interdicción; que haya conocido al asegurado y que no tenga interés alguno en la reclamación.

Este formato deberá ser llenado con letra de molde y las preguntas deberán ser contestadas de manera clara y precisa.

El apartado de constancia deberá ser llenado por dos personas que no se encuentren legalmente incapacitadas o que no se encuentren en un proceso de interdicción y que conozcan al testigo principal.

Datos Generales del Testigo

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Clave Lada:	Teléfono No.:
Tipo de Identificación:			Núm. de Identificación:		

DECLARACIÓN
Datos del Finado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Clave Lada:	Teléfono No.:
Ocupación:					

Datos del Médico 1 que atendió al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:

Datos del Médico 2 que atendió al Asegurado

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre(s)	
Calle:			Edificio:		No. Exterior / No. Interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		País:	Teléfono No.:

Datos Adicionales

¿Cuánto tiempo conoció al finado?

Tipo de relación que tenía con el finado:

Causas de la muerte:

¿Vió usted el cadáver?

SI

NO

¿Le consta que el cadáver de la persona fallecida llevaba el nombre y apellidos arriba indicados?

SI

NO

Fecha de la Defunción

Día Mes Año

¿En donde se realizaron los servicios funerarios?

Si la muerte fue violenta indique que autoridad tomo conocimiento del hecho:

Hago constar que esta declaración la realizó voluntariamente y que mi consentimiento no se encuentra viciado; que tengo capacidad natural y legal, y no estoy sujeto a un procedimiento de interdicción, por lo que estoy dispuesto(a) a ampliar y/o ratificar este testimonio.

Ciudad/Población a de de

Firma del Declarante

Constancia

Hacemos constar que este testimonio ha sido proporcionado voluntariamente y firmado en nuestra presencia, por el (la) _____, y no hemos observado en el (ella) alguna incapacidad natural, y no tenemos conocimiento de que este sujeto(a) a un procedimiento de interdicción, lo anterior lo atestiguamos ya que lo (la) conocemos y nos manifestó que las declaraciones anteriores las ha hecho de buena fe y estan ajustadas a la verdad.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Calle:

Edificio:

No. Exterior / No. Interior

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Teléfono No.:

Firma

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre(s)

Calle:

Edificio:

No. Exterior / No. Interior

Colonia / Fraccionamiento:

Código Postal:

Delegación / Municipio:

Ciudad / Población:

Entidad Federativa (Estado):

País:

Teléfono No.:

Firma