

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:	
<b>Domicilio</b>					
Calle:			Edificio:		No. exterior / No. interior
Colonia / Fraccionamiento:		Código Postal:	Delegación / Municipio:		
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		País:	
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):		País:	
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):		País:	
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):		País:	
Institución de salud a la que pertenece:					

**Datos del Fallecimiento**

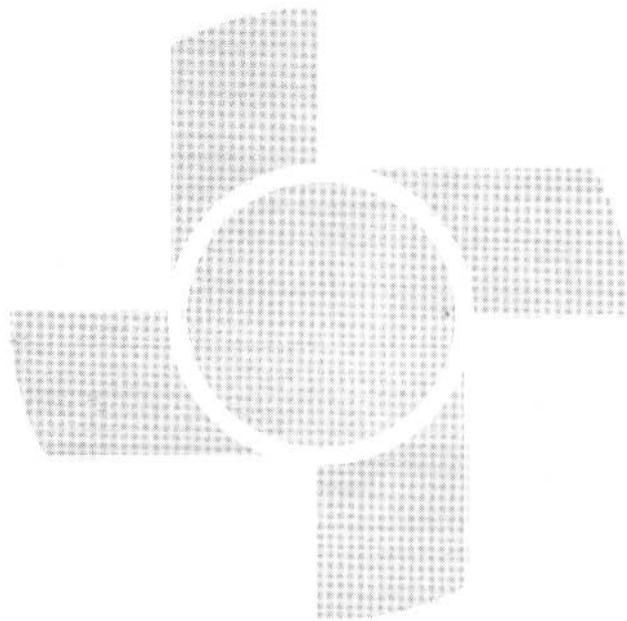
Ciudad / Población:		Entidad Federativa (Estado):		Día	Mes	Año
Causa(s):						
¿En dónde se realizaron los servicios funerarios?:		Día	Mes	Año		
¿Dónde ocurrió el fallecimiento? Domicilio Particular <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Sanatorio <input type="checkbox"/> Clínica <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?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Especifique:				
Autoridad que tomó conocimiento:						
<p><i>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.</i></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
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
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						





**Causas de la Defunción:**

<p><b>PARTE I</b></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><b>PARTE II</b></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 ¿En donde se realizaron los servicios funerarios?  
Día | Mes | Año

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.*

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Ciudad/Población 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