

**Declaración No. 2**  
**Formulario médico sobre las causas de la muerte del asegurado**



**SEGUROS**  
**MONTERREY**

Los datos a que se refiere esta forma, deberán ser proporcionados por el médico que extendió el certificado de defunción o el que atendió al asegurado durante su enfermedad.

Nota: Es importante que todas las preguntas sean contestadas con información completa y detallada.

**Datos del finado**

Nombre (apellido paterno, materno, nombre(s)) \_\_\_\_\_

Domicilio: (Calle y Número Ext. e Int.) \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Derechohabiente

IMSS   
 ISSSTE

PEMEX   
 Fuerzas armadas

Ninguna   
 Se ignora

Otra

En caso de ser derechohabiente: Número de afiliación \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

**Antecedentes patológicos**

Padeció de:

- |                               |                             |                             |                                     |                             |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.- Antecedentes cardiacos    | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 10.- Enf. Sistema respiratorio      | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.- Infarto del corazón       | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 11.- Enf. Sistema digestivo         | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.- Angor                     | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 12.- Enf. Sistema urinario          | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.- Otras enf. del corazón    | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 13.- Enf. Sistema nervioso          | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.-Hipertensión arterial      | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 14.- Enf. Sistema visual o auditivo | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.-Diabetes                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 15.- Enf. Sistema reproductor       | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.- Tumores                   | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 16.- Cáncer                         | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.-Hospitalizaciones          | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | 17.- Otras enfermedades             | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9.-Intervenciones quirúrgicas | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |                                     |                             |                             |

En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de las anteriores, dar amplia información:

Pregunta No.	Nombre enfermedad o	Fecha en que la sufrió

**Datos de la defunción**

Lugar donde ocurrió (calle, No. Exterior, No. Interior, Colonia): \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Sitio específico

Hogar

Unidad médica

Nombre del Hospital:

Otro

Fecha de defunción \_\_\_\_\_

Hora \_\_\_\_\_

Tuvo atención médica durante su última enfermedad

Si

No

**Causa de la defunción**

Accidente

Enfermedad

Fecha en que se atendió por primera vez con respecto al padecimiento o accidente que originó la defunción. \_\_\_\_\_

Fecha en que iniciaron los síntomas o signos del padecimiento principal o accidente que causó la defunción. \_\_\_\_\_

Mencione los principales signos y síntomas del padecimiento principal. \_\_\_\_\_

**Favor de resumir evolución y tratamiento del padecimiento principal que dio origen a la defunción.**

El padecimiento es: congénito

adquirido

Estuvo hospitalizado el paciente en los últimos 2 años: Sí

No

En caso afirmativo, favor de mencionar nombre del hospital, motivo y fecha: \_\_\_\_\_

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día \_\_\_ de \_\_\_ de \_\_\_\_, con el número \_\_\_\_\_.

**Causas de la defunción**

	Causas de la defunción	Tiempo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente.		
Causas antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada.		
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte.		

**Datos de la defunción accidental o violenta**

Fue presunto:

Accidente                       Homicidio                       Suicidio                       Se ignora

Lugar donde ocurrió

Hogar                       Trabajo                       Vía Pública                       Otro

Hubo en la muerte del asegurado efectos directos o indirectos debidos a alcohol, drogas, ocupación o lugar en donde se encontraba:

Si                       No                       En caso afirmativo favor de precisar \_\_\_\_\_

**Otros médicos que atendieron al finado**

Nombre del médico	Especialidad	Domicilio

**Datos adicionales**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datos del médico**

Nombre del médico: \_\_\_\_\_  
 Especialidad: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Localidad: \_\_\_\_\_                      Estado: \_\_\_\_\_  
 C.P.: \_\_\_\_\_                      Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Cédula profesional No.: \_\_\_\_\_                      RFC: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha:

**Nota:** Como médico tratante autorizo a los hospitales donde fue internado el finado, a que otorguen a Seguros Monterrey New York Life, S. A. de C. V. los informes que sé refieran la evolución de la salud del mismo. Inclusive todos los datos de padecimientos anteriores, para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que el original. Bajo protesta de decir verdad, manifiesto que la información proporcionada en esta forma fue tomada directamente del expediente clínico.

Firma del médico: \_\_\_\_\_

En caso de defunción por causas accidentales o violentas informar la causa y anexar acta del Ministerio Público.