

## DECLARACION No 2

### PRUEBAS DE MUERTE

(Antes de llenar este formulario, sírvase Ud, leer atentamente las instrucciones que aparecen a la vuelta)

CERTIFICADO MEDICO relacionado con el siniestro de _____ asegurado en MAPFRE PANAMÁ,S.A. según póliza número _____ expedida _____ Por la cantidad de _____	
1- Nombre y Apellido del finado, con todas sus letras.	
2- Residencia.	
3- Ocupación.	
4- Lugar y fecha del fallecimiento.	
5- ¿Cuánto tiempo conoció usted al finado?	
6- ¿ Por cuánto tiempo fue usted su médico?	
7- ¿ En qué enfermedades lo asistió o aconsejó usted antes de esta última? Sírvese indicar la fecha, duración y resultado de cada una.	a. _____ b. _____
8- ¿Cuál fue la causa inmediata de la muerte? ¿Cuál fue la causa remota o indirecta de la muerte? ¿ Cuánto tiempo, en su opinión, estuvo el paciente sufriendo de ese padecimiento?	a. _____ b. _____ c. _____
9- ¿ De qué otras enfermedades importantes sufrió el citado paciente? indíquese lo más aproximadamente posible la duración de cada una.	a. _____ b. _____
10- ¿ Cuándo fue usted consultado por vez primera por el enfermo, ahora fallecido, o por alguno de sus parientes o amigos acerca de la afección, qué fue la causa directa o indirecta de la muerte?	
11- ¿ En qué enfermedades lo asistió o aconsejó usted antes de esta última? sírvese indicar la fecha, duración y resultado de cada una.	
12- ¿ Hubo alguna investigación judicial o reconocimiento facultativo del cadáver? En tal caso, ¿ cuál, por quién y con qué resultado?	a. _____ b. _____
13- ¿ Tuvo el paciente algún otro médico que lo atendiera durante su última enfermedad? En este caso, sírvase indicar su nombre y dirección.	
14- ¿ Tiene usted motivos suficientes para creer que el fallecido es la misma persona descrita en la póliza de seguro, motivo de esta reclamación.	
15- ¿ En qué fecha recibió usted su título de médico y en qué Universidad hizo usted sus estudios? Número del registro de su título en el Departamento de Salubridad pública.	
FECHADO en _____ el día _____ de _____ de 20 _____ Firma _____ Dirección _____	
<b>CONSTANCIA</b>	
Hacemos constar que este documento ha sido llenado y firmado en nuestra presencia por _____	
a quien conocemos y quien protestó que las contestaciones anteriores las ha dado de buena fé y según su leal saber y entender	
Testigo _____	Testigo _____
Domicilio _____	Domicilio _____