

DECLARACIÓN NO. 2
PRUEBAS DE MUERTE

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

CERTIFICADO MÉDICO relacionadas con el siniestro de _____	
asegurado en MAPFRE PANAMA, S.A., según Póliza número _____	
expedida _____ por la cantidad de B/. _____	
1- Nombres y apellidos del finado, con todas sus letras	
2- Residencia (País) (Provincia) (Distrito) (Corregimiento) (Barriada) (Calle) (Casa/Edificio)	
3- Ocupación	
4- Lugar y fecha de 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? Sírvase 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, que fue la causa directa o indirecta de la muerte?	
11- ¿En qué enfermedades lo asistió o aconsejó usted antes de esta última? Sírvase 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 del Médico _____	
CONSTANCIA	
Hacemos constar que este documento ha sido llenado y firmado en nuestra presencia por, _____	

A quien conocemos y quien protestó que las constataciones anteriores las ha dado de buena fe y según su leal saber y entender.	
Testigo _____	Domicilio _____
Testigo _____	Domicilio _____

DECLARACIÓN NO. 2

AVISO

Antes de proceder a llenar esta declaración, rogamos se lean con atención y se cumplan estrictamente las siguientes instrucciones especiales, teniendo cuidado de revisar que todas las preguntas hayan sido correctamente contestadas. En esta forma se evitarán demoras y se obtendrá el despacho inmediato de la reclamación.

INSTRUCCIONES ESPECIALES

La DECLARACIÓN NO.2 debe hacerla el médico que asistió al asegurado durante la última enfermedad y debe escribirla de su puño y letra.

En contestación a las preguntas 7, 8, 9, y 10, es preciso hacer una relación completa de cada proceso patológico, especialmente en lo que se refiere su DURACIÓN y RESULTADOS.

Debe evitarse términos ambiguos tales como "parálisis", "agotamiento" y otros por el estilo.

Cuando los espacios para las respuestas resulten demasiado pequeños, pueden darse los detalles adicionales al lance de estas notas.

Siempre que la causa del fallecimiento haya motivado investigación judicial, deberá acompañarse copia certificada de las principales diligencias que aclaren y justifiquen la causa del fallecimiento.

Todas las preguntas deben contestarse de una manera clara y precisa; la Compañía se reserva el derecho de requerir más informes si lo considera necesario.

No se necesita la intervención de terceras personas para el cobro de cualquiera reclamación a esta Compañía; en consecuencia, es enteramente innecesario el pago de comisiones u honorarios por servicios relativos a dicha reclamación.

Los informes anteriores se rinde a petición de los reclamantes; en consecuencia, la Compañía no está obligada a cubrir ningún honorario por concepto de los mismos.

DETALLES ADICIONALES