

“Deberá ser contestado de puño y letra por el médico que extendió el certificado de defunción o por el médico tratante.”

### Datos del Asegurado

*Nombre(s):		*Apellido paterno:		*Apellido materno:	
No. de Póliza:	Tipo de Seguro Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>		No. de Certificado:		
Residencia en el momento del fallecimiento o invalidez			Ciudad:	Estado:	
Edad al fallecimiento o invalidez	Lugar del fallecimiento o invalidez		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Fecha del fallecimiento o invalidez (DD/MM/AAAA):		¿El fallecimiento ocurrió en hospital o sanatorio? Indicar el nombre:			
¿Tiempo de conocer al Asegurado?		Fecha de primer consulta relacionada con el fallecimiento o invalidez (DD/MM/AAAA):			

En caso de no haberlo tratado, ¿cuál es la razón por la que extiende el certificado de defunción?

¿Hubo en la muerte del Asegurado efectos directos o indirectos causados por el uso de bebidas alcohólicas, drogas u otros tipos de estimulantes o enervantes, etc.?  
 Sí  No

En caso afirmativo favor de especificar: \_\_\_\_\_

### ¿En qué enfermedades o afecciones, operaciones, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte o invalidez? (Detallar el siguiente cuadro)

Nombre de la enfermedad	No. de veces que lo asistió	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Duración: Desde (DD/MM/AAAA)	Duración: Hasta (DD/MM/AAAA)	Gravedad
Secuelas:		
Nombre de la enfermedad	No. de veces que lo asistió	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Duración: Desde (DD/MM/AAAA)	Duración: Hasta (DD/MM/AAAA)	Gravedad
Secuelas:		

### ¿Conoce a otro médico que atendió al Asegurado?

*Nombre(s):		*Apellido paterno:		*Apellido materno:	
Calle:	Núm. Ext.:	Núm. Int.:	Colonia:		
Delegación / Municipio:		Estado:		C.P.:	
Teléfono casa / oficina (clave LADA + Número + Ext.):				Teléfono celular:	

### ¿Causas de la defunción o invalidez del Asegurado?

Parte I	Causas de la defunción (una sola en cada renglón)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte o invalidez directamente		
Causas, antecedentes		
Enfermedad u otra causa que directamente produjo la muerte / invalidez		
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica		
Parte II		
Otros estados patológicos relacionados y no relacionados y que contribuyeron a la muerte o invalidez, enfermedad o estado morbooso que la produjo		
Indique cuáles fueron los síntomas iniciales y la fecha de los mismos		
Fecha de la primer consulta (dd/mm/aaaa)		
Fecha de la última consulta (dd/mm/aaaa)		
Indique cuál fue el diagnóstico		
Cuales fueron los datos clínicos y la evolucion		
Mencione cuáles fueron los resultados de laboratorio y gabinete si es que se realizaron, fue sometido a algún tratamiento, en caso afirmativo		
En caso de accidente, describa detalladamente cómo ocurrió		
Mencione la autoridad que tomó conocimiento		

**Nota:** las causas de la defunción deberán anotarse de acuerdo con el modelo del certificado internacional que comprende las partes:

I. Causa de defunción y la II, Otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica.

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.

### Datos del médico

\*Nombre(s):

\*Apellido paterno:

\*Apellido materno:

Email:

Calle:

Núm. Ext.:

Núm. Int.:

Colonia:

Delegación / Municipio:

Estado:

C.P.:

Teléfono casa / oficina (clave LADA + Número + Ext.):

**Datos del médico**

Certificado del Consejo de Especialidad

Cédula Dirección General de Profesiones

Cédula de especialidad

\*REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES (10 POSICIONES) + HOMOClave (3 POSICIONES):

| | | | | | | | | | | |

Lugar

Fecha (DD/MM/AAAA)

Seguros Ve por Más S.A., Grupo Financiero Ve por Más. Paseo de la Reforma 243, piso 16, Col. Cuauhtémoc, C.P. 06500, CDMX, te recuerda que tus datos personales serán utilizados para dar trámite y seguimiento a la solicitud del producto o servicio de tu interés. Para mayor información sobre el uso de tus datos personales, puedes acceder a nuestro aviso de privacidad integral a través de [www.vepormas.com](http://www.vepormas.com)

Nombre y firma del médico