BICE VIDA

CUESTIONARIO MEDICO POR FALLECIMIENTO

(Este cuestionario debe ser contestado de puño y letra por el médico que asistió al Asegurado durante su última enfermedad)

Estimado(a) Doctor(a):
Su paciente tenía un Seguro de Vida en nuestra Compañía, por lo que para resolver su liquidación, le solicitamos completar el siguiente cuestionario médico por fallecimiento. Los antecedentes que usted nos facilite serán tratados con estricta confidencialidad, por lo que le agradecemos contestar con la mayor claridad y amplitud posible todas las preguntas.

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo

RUT ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐ Fecha de Nacimiento ☐☐☐

DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Fecha de Fallecimiento ☐☐☐ Hora ☐

Lugar de Fallecimiento: ☐ Hospital ☐ Clínica ☐ Casa ☐ Vía Pública ☐ Lugar de Trabajo ☐ Otro

Detallar:

Dirección:

Causas de la Muerte:

Debido a ☐ Enfermedad Común ☐ Accidente

Señalar aquellas enfermedades que tuvieron relación directa o indirecta con su fallecimiento, indicando la fecha en que fueron diagnosticadas:

Diagnóstico Principal: Fecha de diagnóstico: ☐☐☐

Otros Diagnósticos: Fecha de diagnóstico: ☐☐☐

Otros Diagnósticos: Fecha de diagnóstico: ☐☐☐

Otros Diagnósticos: Fecha de diagnóstico: ☐☐☐

Enfermedades Concomitantes: Fecha de diagnóstico: ☐☐☐

Enfermedades Relacionadas: Fecha de diagnóstico: ☐☐☐

Causas Indirectas: Fecha de diagnóstico: ☐☐☐

Otras Enfermedades: Fecha de diagnóstico: ☐☐☐

El fallecimiento fue certificado por: ☐ Médico Tratante ☐ Médico Ocasional ☐ Servicio Médico Legal ☐ Otro_____

Era usted su médico tratante: ☐ No ☐ Si Desde que fecha: ☐☐☐

Desde cuando comenzó a atenderlo por la última enfermedad:_____

Cuáles y cuándo fueron los primeros síntomas que motivaron al asegurado fallecido a consultarlo:

Detalle los tratamientos médicos/quirúrgicos que le prescribió al paciente con motivo de su última enfermedad (Indicar fechas o periodos de tratamiento

En qué lugar asistió al asegurado: ☐ Domicilio ☐ Consulta ☐ Hospital ☐ Clínica ☐ Consultorio

Indicar nombre:_____

Indicar dirección:_____

Estuvo el Asegurado internado con motivo de su última enfermedad durante los últimos 5 años: ☐ No ☐ Si Indicar fecha y lugar:

A qué fecha o época considera usted que podría remontarse la enfermedad causante del fallecimiento del Asegurado:

Conocía el Asegurado la enfermedad que padecía: ☐ NO ☐ SI. Desde cuando:_____

Tiene usted en su poder los protocolos médicos y exámenes complementarios a los que fuera sometido el asegurado en su última enfermedad ☐ NO ☐ SI. (favor adjuntar copias)

Si usted no era el médico tratante, ¿tiene antecedentes de tratamiento de la enfermedad que causó la muerte? ☐ NO ☐ SI. Señalar:

Lugar donde se trataba: ☐ Hospital ☐ Clínica ☐ Consultorio ☐ Otro_____

Indicar nombre:_____

Indicar dirección:_____

Fecha del último control:_____

Favor informar que otro Médico lo derivó a usted o cree que pueda llenar este formulario. Indicar también si conoce en que otra Institución se atendía el Asegurado. Indicar nombre y dirección:

Si el fallecimiento del Asegurado fue causado por un accidente, indicar detalles de cómo éste ocurrió y que sean de su conocimiento:

Fecha de ocurrencia: ☐☐☐ Hora:_____ Lugar:_____

Circunstancias:_____

Indicar Tipo de accidente: ☐ Laboral ☐ Tránsito ☐ Doméstico ☐ Otro:_____

DATOS DEL MEDICO

Nombre Completo	RUT ☐☐☐☐☐☐☐☐-☐
Domicilio	N° Reg. Col. Médico
Teléfono	Celular / Fax
E-mail	

_____ _____

Lugar y Fecha — Firma y timbre del Médico