

# FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

Este deberá ser contestado de puño y letra por el médico que extendió el certificado de defunción o por el médico tratante del asegurado						
No. Póliza		Número de certificado		Tipo de seguro Individual <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/>		
				Fecha de solicitud		
<b>Datos del asegurado (todos los datos son obligatorios)</b>						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		
Domicilio a la fecha del fallecimiento (calle, colonia, No.)				Ciudad		
				Estado		
Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Fecha del fallecimiento		Edad al fallecimiento		
				Lugar del fallecimiento		
¿El fallecimiento fue en domicilio particular, hospital u otro?				¿Tiempo de conocer al asegurado?		
¿Tiempo de atender al asegurado?		¿Cuándo fue ud. consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento?				
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.? En caso afirmativo, especificar. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____						
Detalle en el siguiente cuadro en qué enfermedades o afecciones, operaciones, etc., lo asistió ud. o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte						
Nombre de la enfermedad		No. de veces que lo asistió	Fecha de inicio	Duración	Gravedad	Secuelas
<b>Datos de otros médicos que atendieron al asegurado</b>						
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Cédula profesional
Domicilio, ciudad y estado					Teléfono	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Cédula profesional
Domicilio, ciudad y estado					Teléfono	
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Cédula profesional
Domicilio, ciudad y estado					Teléfono	

Causas de la defunción		
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 directamente	A)	
Causas, antecedentes	B)	
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en el último lugar la causa básica	C)	
	D)	
<b>Parte II</b> Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbo que la produjo		
<p><b>Nota:</b> Las causas de la defunción deberán anotarse de acuerdo con el modelo del certificado internacional que comprende las partes: I “causa de defunción a), b) y c)” y la II “otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica”.</p> <p>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.</p> <p><b>Nota:</b> Como médico certificante o tratante, autorizo a los hospitales y/o establecimientos de salud a los que haya acudido el finado para tratamiento o diagnóstico, que se otorguen a la compañía aseguradora que lo requiera, los informes que se refieran a la evolución de su salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores y resultados de estudios de laboratorio y gabinete. 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.</p>		
Datos del médico tratante		
Nombre del médico		
Dirección	Ciudad	Estado
Teléfono	Certificado del consejo de especialidad	
Cédula dirección general de profesiones		Cédula de especialidad
R.F.C.	Lugar	Fecha

### **CONSENTIMIENTO**

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, autorizo a Seguros Atlas, S.A., a tratar y, en su caso, transferir mis datos personales, los sensibles y los patrimoniales o financieros, para todos los fines vinculados con la relación jurídica que tengamos celebrado o que en su caso, se celebre, así como para los indicados en el Aviso de Privacidad, cuyo contenido conozco y que previamente se ha puesto a mi disposición.

En caso de haber proporcionado datos personales, sensibles, patrimoniales o financieros de otros titulares, me obligo a hacer del conocimiento de dichos titulares que he proporcionado tales datos a Seguros Atlas, S.A. y a hacer de su conocimiento los lugares en donde se encuentra a su disposición el referido Aviso de Privacidad.

---

Firma del médico tratante

### **AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO PARA CLIENTES**

(Proponentes y solicitantes, contratantes, asegurados, beneficiarios, fideicomitentes, fideicomisarios y proveedores de recursos)

En cumplimiento con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, Seguros Atlas, S.A. (Seguros Atlas) con domicilio en Paseo de los Tamarindos No. 60- PB, Col. Bosques de las Lomas, 05120 México, D.F. Tel.: (55)9177-50-00, hace de su conocimiento que tratará los datos personales generales y sensibles que Usted proporcione para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable.

Para mayor información ponemos a su disposición, nuestra página de internet [www.segurosatlas.com.mx](http://www.segurosatlas.com.mx) en donde usted podrá consultar nuestro Aviso de Privacidad Integral, así como los mecanismos para hacer valer su derecho ARCO.

“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 27 de Febrero de 2015, con el número CGEN-S0023-0018-2015, CGEN-S0023-0019-2015, CGEN-S0023-0020-2015.”