



Indicaciones:

Será responsabilidad del asegurado el obtener la declaración médica, sin costo alguno para la compañía, la cual será contestada por el último médico que lo asistió.

I. DATOS DEL ASEGURADO

1. Contratante:

Póliza No: Certificado No: Teléfono: Celular:

2. Nombre del asegurado:

3. Nombre del dependiente (si aplica):

4. Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año Sexo: M F

5. ¿Fue causada la dolencia por un accidente? Si No

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? Día / Mes / Año

¿Dónde ocurrió?

¿Cómo ocurrió?

6. En caso de enfermedad

¿Cuándo comenzó? Día / Mes / Año

7. Nombre del dentista consultado:

Dirección:

Teléfono: Correo electrónico:

8. Fecha de la primera consulta: Día / Mes / Año

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Nombre y firma del asegurado titular: F. _____

II. Exclusivo para el médico tratante

Paciente: Edad:

Fecha de la primera consulta: Día / Mes / Año ¿Las radiografías han sido incluidas? Si No ¿Cuántas?

¿Es el tratamiento resultado de un accidente? Si No Explique

Indicar la fecha del accidente: Día / Mes / Año

¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial? Si No Razón de reemplazo:

