



SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

FORMULARIO PARA LOS PROPUESTOS ASEGURADOS DE SESENTA Y CINCO (65) AÑOS EN ADELANTE

Nombres completos del paciente: _____

Nombre del médico personal y/o tratante: _____

Dirección del médico personal y/o tratante: _____

Especialidad del médico personal y/o tratante: _____

Desde cuando conoce al propuesto Asegurado? _____

Enfermedades diagnosticadas y tratadas (deben reflejar el año y el diagnóstico):

Información adicional y datos de interés del paciente que debemos conocer:

Condición Actual del Paciente:

Lugar y fecha:

Firma del Médico

Fecha

NOTA: El presente formulario ha sido aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros, con resolución No. SBS-INSP-2009-234 del 05 de noviembre del 2009.