

**DECLARACION QUE DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO QUE ATENDIO AL
ASEGURADO.**

Declaración 2/3

Para contestar las preguntas de la presente declaración deberán observarse las siguientes Recomendaciones.

- 1.- En caso de enfermedad por causas externas, rogamos dar amplios detalles.
- 2.- En los casos que haya habido tratamiento quirúrgico, indicar el diagnóstico, la operación efectuada, el resultado de la misma, justificando la realización de dicha operación.
- 4.- Si la enfermedad ocurrió a consecuencia de Cáncer o Neoplasma, describir el tipo e indicar la parte primaria afectada.
- 5.- Si la enfermedad se debió a cualquier otra causa, indíquese la naturaleza de la misma.

Nota: Los honorarios correspondientes a esta declaración, si los hubiere serán por cuenta de los beneficiarios, La Compañía de Seguros no hará ningún pago para tal concepto.

Nombre y apellido del Asegurado _____
Edad _____ años
Domicilio _____ _____
Ocupación del Asegurado _____
Lugar de atención médica _____ fecha y hora _____
Si la enfermedad se descubrió en una Institución de Salud, Hospital y/o Consultorio Médico, anotar el nombre _____
Cuando fue consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta de la enfermedad _____ _____
Cuando realizo la última visita médica _____
En que enfermedades, afecciones, operaciones, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del Padecimiento que motivo la consulta médica _____ _____
Que tiempo hace que conoció usted al paciente _____

Enfermedad	Fecha	Duración del Tratamiento	Gravedad	Secuelas

Nombre completo de Medico

Firma

Sello