



## FORMA DE RECLAMACIÓN POR PRIMER DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

Asegurado principal

Cónyuge

Dependiente

Nombre asegurado principal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ DPI: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_ Certificado: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL ASEGURADO RECLAMANTE

Nombre Completo del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido paterno                      Apellido materno                      Nombres

Sexo: Masculino  Femenino  Dirección: \_\_\_\_\_ DPI: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: DÍA \_\_\_\_\_ | MES \_\_\_\_\_ | AÑO \_\_\_\_\_

### DESCRIPCIÓN DE LA CONDICIÓN

¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas?: DÍA \_\_\_\_\_ | MES \_\_\_\_\_ | AÑO \_\_\_\_\_

Fecha en que fue atendido por primera vez: DÍA \_\_\_\_\_ | MES \_\_\_\_\_ | AÑO \_\_\_\_\_

Indique el nombre y dirección del (los) médico(s) y hospital(es) donde ha recibido tratamiento en los últimos dos (2) años:

Médico	Hospital

¿Se le ha diagnosticado Cáncer anteriormente? Sí  No

En caso afirmativo, indique la fecha del diagnóstico: DÍA \_\_\_\_\_ | MES \_\_\_\_\_ | AÑO \_\_\_\_\_

### INCLUYA LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

¿Se le ha diagnosticado Cáncer anteriormente?

- Historia clínica completa.
- Copia de exámenes de laboratorio y/o histopatológicos específicos que confirmen el diagnóstico de Cáncer.

Firma del asegurado: \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas, 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 suministren a la Compañía de Seguros cualquier información (incluyendo copias exactas de sus registros clínicos) pertenecientes a este reclamo. También certifico estar enterado de la aplicación del Artículo 915 del Código de Comercio "Extinción de responsabilidad". que indica, si con el fin de hacer incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente hechos referentes al siniestro que pudieran excluir o restringir sus obligaciones o no se remite con oportunidad la documentación referente al siniestro, la Compañía de Seguros quedará desligada de sus obligaciones.

## INFORME MÉDICO (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

1. ¿Cuándo aparecieron los primeros síntomas?:      MES \_\_\_\_\_ | DÍA \_\_\_\_\_ | AÑO \_\_\_\_\_

2. Fecha en que fue atendido por primera vez:      MES \_\_\_\_\_ | DÍA \_\_\_\_\_ | AÑO \_\_\_\_\_

3. Fecha del último tratamiento o visita médica:      MES \_\_\_\_\_ | DÍA \_\_\_\_\_ | AÑO \_\_\_\_\_

4. ¿Ha sufrido el reclamante anteriormente de esta condición o una parecida?      Sí       No

5. ¿Cuál fue el Diagnóstico o condición?: \_\_\_\_\_

6. Fecha en que surgió la condición:      MES \_\_\_\_\_ | DÍA \_\_\_\_\_ | AÑO \_\_\_\_\_

7. ¿Estuvo hospitalizado el reclamante por la condición que certifica?      Sí       No

En caso afirmativo, indique:

8. Nombre y dirección del hospital: \_\_\_\_\_

9. Indique nombre de otros medicos que han tratado al paciente: \_\_\_\_\_

## CERTIFICACIÓN MÉDICA

CERTIFICO que la condición indicada, en mi opinión, realmente describe la situación médica del paciente.  
Igualmente, CERTIFICO que soy un médico autorizado a ejercer la profesión.

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: DÍA \_\_\_\_\_ | MES \_\_\_\_\_ | AÑO \_\_\_\_\_



**El Roble**  
Asegura lo que más quieres