DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE

Su paciente ha solicitado un Seguro de Vida con **SEGUROS DEL PICHINCHA** y le agradeceríamos su ayuda profesional para el estudio de esta solicitud. FAVOR DAR DETALLES DE TODAS LAS CONSULTAS.

Fecha (ciudad)_____ día:____ mes:____ año:_____

Nombre completo del médico:		Nombre completo del asegurado propuesto:
Dirección:	Fecha de nacimiento del asegurado propuesto:	Fecha de solicitud:
Ciudad/País:		Teléfono:

FECHA DE ESTUDIO	SINTOMAS, DESCUBRIMIENTOS, DIAGNOSTICOS, TRATAMIENTOS, OPERACIONES (Su procedimiento y clase)	PRESIÓN ARTERIAL

¿Sabe usted si su paciente ha consultado a cualquier otro médico? Si es afirmativo, sírvase dar el nombre y dirección del médico, la fecha y la razón de la consulta:	SI NO
¿Sabe usted si su paciente ha fumado cigarrillos en los ultimos doce (12) meses?	SI NO
Resultado de radiografías **Ninguno**	
Resultado de estudio de sangre **Ninguno**	
Resultado de examen de tejidos **Ninguno**	

Pronóstico **Ninguno** **reservado** **bueno** **excelente**	¿Tiempo que conoce al paciente?	Parentesco con el paciente

Si necesita mas espacio para contestar cualquiera de las preguntas, favor completarlas en una hoja adicional.

Firma y sello del médico tratante

El contratante y/o asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.
La Superintendencia de Compañías Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-1-1-SF-57-872004420-11032021 el 11-03-2021.