



**PLAN DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA PARA DEPOSITANTES EN CUENTAS
DE AHORRO Y BENEFICIOS ADICIONALES**

CONSTANCIA MEDICO - HOSPITALARIA

Nombre del hospital _____

Privado

☐

Público

☐

Nombre del paciente _____

Fecha de ingreso _____ hora de ingreso _____

Fecha de egreso _____ hora de egreso _____

Motivo de la hospitalización y evolución de la misma (complicaciones) _____

Accidente

☐

Enfermedad

☐

Si fue accidente indicar en forma explicita que tipo de accidente tuvo _____

Tratamiento y atención recibida (indicar procedimientos si los hubo) _____

Si la hospitalización fue por más de 10 días, favor indicar el motivo: _____

Médico que le atendió _____

Observaciones o comentarios _____

Lugar y fecha _____

Firma del Médico

Sello de la Institución

**Nota: La Compañía se reserva el derecho de verificar la información proporcionada,
especialmente las fechas y horas de ingreso y egreso al hospital, así como solicitar información
complementaria en caso de ser necesario**