

# Formato para reconsideración de dictamen médico

Favor de llenar cada uno de los campos y utilizar letra de molde.

## Datos

No. de póliza:

Contratante:

Fecha de solicitud:

DD/MM/AAAA

Nombre del Asegurado a Reconsiderar:

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre (s)

## Reconsideración que Solicita

Extraprima:

Exclusión:

Rechazo:

En todos los casos anexar copia del endoso de exclusión, extraprima o carta rechazo expedida por Plan Seguro.

Nombre del Contratante

Firma

\*\*\* PARA USO EXCLUSIVO DE PLAN SEGURO

\*\*I. Información requerida para la Reconsideración que se anexa a esta solicitud

\*\*II. Dictamen Final Área Médica

\*\*III. Notas Importantes (Área Médica)

Autorización de Ventas

Sello de Mesa de Control

Folio

Servicio Seguro **800 277 1234**  
**[www.planseguro.com.mx](http://www.planseguro.com.mx)**

[serviciosseguro@planseguro.com.mx](mailto:serviciosseguro@planseguro.com.mx)

 **Plan Seguro**  
Mi salud es hoy