

**REQUISITO PARA ASEGURADOS PROPUESTOS
MAYORES DE 65 AÑOS**

NOMBRE DEL ASEGURADO PROPUESTO: _____

NOMBRE DEL MEDICO PERSONAL: _____

DIRECCION: _____

ESPECIALIDAD: _____

DESDE CUANDO CONOCE AL ASEGURADO PROPUESTO? _____

ENTIDADES CONOCIDAS Y TRATADAS (Deben reflejar el año y el diagnóstico):

OTRAS EVALUACIONES Y DATOS DE INTERES MEDICO QUE SE DEBEN CONOCER:

ESTADO ACTUAL: _____

FIRMA DEL MEDICO

FECHA