

INFORMACIÓN GENERAL

Propuesto Asegurado: _____ N° de celular: _____
Cédula/Dirección: _____
Nombre del Corredor de Seguros: _____
Licencia de Corredor No. _____
Suma asegurada solicitada: _____ Previo en vigor con ASSA: _____
Médico Examinador: _____ Fecha del examen médico: _____
Clínica/Laboratorio: _____ Teléfonos del médico: _____

SEGUROS SOLICITADOS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seguros de Vida Individual | <input type="checkbox"/> Seguros Colectivo de Vida |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Individual* | <input type="checkbox"/> Seguro de Salud Colectivo |

REQUISITOS MÉDICOS

- | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Examen Médico | <input type="checkbox"/> Urinálisis | <input type="checkbox"/> Nicotina | <input type="checkbox"/> LAB-A |
| <input type="checkbox"/> ECG (electrocardiograma) | <input type="checkbox"/> ECGM (prueba de esfuerzo) | <input type="checkbox"/> PSA | <input type="checkbox"/> Perfil de Lípidos |
| <input type="checkbox"/> Hemograma completo | <input type="checkbox"/> Hemoglobina Glicosilada | | |
| <input type="checkbox"/> Peso, estatura, p. abdominal, pulso y tomas de presión | | | |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | | |

Nota:

- Los resultados de exámenes deben ser enviados a la Compañía a las siguientes direcciones: **suscripcionlab@assanet.com** para Seguro de Vida Individual y **registropersonas@assanet.com** para Seguro de Salud Individual, Seguro Colectivo de Vida y Seguro de Salud Colectivo.
- Los exámenes incluidos en **LAB-A** son: Biometría Hemática Completa, Velocidad de Sedimentación Globular, Glicemia, Hemoglobina Glicosilada, Perfil de Lípidos (Colesterol, Triglicéridos, HDL, LDL), Creatinina, Nitrógeno de Urea, Transaminasas SGPT, SGOT, GGTP, Fosfatasa alcalinas, Ácido Úrico, Bilirrubina (total, directa e indirecta).
- * El costo de estos exámenes será asumido por el asegurado para pólizas de Seguro de Salud Individual.
- Observaciones: _____

► Firma Autorizada: _____