

Formulario de Requisitos Médicos

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

- Seguros de Vida Individual Seguros Colectivo de Vida
 Seguro de Salud Individual* Seguro de Salud Colectivo

REQUISITOS MÉDICOS

- Examen Médico Urinálisis Nicotina LAB-A
 ECG (electrocardiograma) ECGM (prueba de esfuerzo) PSA Perfil de Lípidos
 Hemograma completo Hemoglobina Glicosilada
 Peso, estatura, p. abdominal, pulso y tomas de presión
 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, Fosfatases 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:** _____