

SOLICITUD DE REHABILITACIÓN

NOMBRE DEL ASEGURADO (Apellido Paterno, Materno, Nombre (s)):		No. DE PÓLIZA:
SI HA ENTREGADO ALGUNA CANTIDAD PARA INICIAR ESTE TRÁMITE, INDIQUE EL MONTO:		\$
ENTREGADO A:	AGENTE <input type="checkbox"/>	ASEGURADORA <input type="checkbox"/>
DETALLE SU OCUPACIÓN ACTUAL:		
¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL ACTUAL?		
¿VIAJA CONTINUAMENTE DENTRO DEL PAÍS O EXTRANJERO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
¿QUÉ DEPORTES PRACTICA ACTUALMENTE?		
¿VUELA EN LÍNEAS AÉREAS NO COMERCIALES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
EN CASO AFIRMATIVO LLENAR EL CUESTIONARIO CORRESPONDIENTE		

POR FAVOR CONTESTE TOTALMENTE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO MEDICO

1 ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD, AFECCIÓN O LESIÓN, AMERITANDO HOSPITALIZACIÓN?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2 ¿HA ESTADO O SE ENCUENTRA SUJETO A ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO DE MÁS DE QUINCE DÍAS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3 ¿HA SUFRIDO DE AFECCIONES DEL CORAZÓN O DEL SISTEMA CIRCULATORIO, ACCIDENTE CEREBROVASCULAR O HIPERTENSIÓN SANGUÍNEA, DIABETES, CÁNCER O TUMORES, DESORDENES DEL RIÑÓN O VEJIGA, ASMA O ALGÚN DESORDEN MENTAL O NERVIOSO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4 ¿SE LE HA PRACTICADO O TIENE PROGRAMADA ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5 ¿HA CONSULTADO AL MÉDICO EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿CUÁL ES SU ESTATURA?	CMS (SIN TACONES)	¿CUÁL ES SU PESO?
		KGS (SIN SACO)

MUY IMPORTANTE: EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA LAS PREGUNTAS 1, 2, 3, 4, Y 5 PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

PREGUNTA	NOMBRE DEL PADECIMIENTO	NO. DE VECES QUE LO HA PADECIDO	FECHA	DURACIÓN	ESTADO ACTUAL TRATAMIENTO

BAJO LA CONDICIÓN EXPRESA DE QUE LAS DECLARACIONES ANTERIORES SON VERACES Y CORRECTAS, SOLICITO LA REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA ARRIBA INDICADA.
 PARA OBTENER LA PRESENTE REHABILITACIÓN, DEBERÁ DE CUBRIR LA DEUDA QUE POR CONCEPTO DE PRIMAS E INTERESES VENCIDOS ADEUDE A SEGUROS EL POTOSÍ, S.A., EN EL ENTENDIDO DE QUE LA PÓLIZA NO ESTARÁ EN VIGOR MIENTRAS NO SEA ACEPTADA EXPRESAMENTE POR LA ASEGURADORA, CONSIDERÁNDOSE REHABILITADA A PARTIR DEL DÍA QUE SE NOTIFIQUE POR ESCRITO LA ACEPTACIÓN DE LA PRESENTE SOLICITUD.
 LA ASEGURADORA PODRÁ COMPROBAR MIS RESPUESTAS.

_____ LUGAR Y FECHA

_____ FIRMA DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL AGENTE: _____ CLAVE: _____

ESTE DOCUMENTO Y LA NOTA TÉCNICA QUE LO FUNDAMENTA, ESTÁN REGISTRADOS ANTE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO EN EL ART. 36 DE LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS, POR OFICIO NO. 06-367-I-1. 1/6622 DE MARZO 19 DE 1993.