

Póliza N°:   
Certificado N°:

**Declaración del Asegurado**

Esta declaración debe ser llenada y firmada por el asegurado y entregada a ALICO México Compañía de Seguros de Vida, S.A. de C.V. para su consideración con el informe del médico tratante que corresponda de acuerdo con el motivo de la reclamación.

1-. Nombre del Asegurado

2-. Fecha de nacimiento

3-. Ocupación

4-. Teléfono

5-. ¿Fuma usted cigarrillos?  Si  No N°. de cigarrillos diarios    
¿Desde que fecha?         ¿Hasta que fecha?

6-. Nombre de la enfermedad motivo de la reclamación

7-. Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o molestias

8-. ¿Se trató de un accidente?  Si  No

Fecha

Circunstancias

9-. ¿En que consistieron los síntomas o lesiones sufridas?

10-. ¿En que fecha consultó por primera vez con un médico en relación con esta enfermedad?

11-. ¿Había padecido usted con anterioridad alguna enfermedad similar?  Si  No

Fecha

Diagnóstico

12-. ¿Había sido tratado médicamente con anterioridad por alguna enfermedad similar o relacionada con ésta?  Si  No

Fecha

Diagnóstico

Nombre del médico tratante

Domicilio del médico tratante

13- Nombre de los médicos consultados en relación con la enfermedad motivo de la reclamación

Nombre	Domicilio	Teléfono	Fechas							
			D	D	M	M	A	A	A	A
			D	D	M	M	A	A	A	A
			D	D	M	M	A	A	A	A

14- Si hubo hospitalización señale denominación y domicilio del hospital así como fecha del internamiento

Nombre	Domicilio	Ingreso	Fechas				Egreso										
		D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
		D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A
		D	D	M	M	A	A	A	A	D	D	M	M	A	A	A	A

15- Datos del médico de cabecera

Nombre del médico

Domicilio

Teléfono

16- ¿Tiene usted seguros similares con otras compañías?  Si  No

Nombre de la compañía

Monto asegurado

Lugar  Fecha

Firma

El que suscribe autoriza a los médicos, hospitales o cualquier otra persona que me haya examinado a proporcionar la información que les sea solicitada por ALICO México Compañía de Seguros de Vida S.A. de C.V. en relación con la presente reclamación.