

# CERTIFICADO MÉDICO PARA SEGUROS

Informe Clínico · Reclamación de Póliza

Dr./Dra.: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Espec.: \_\_\_\_\_  
Hospital/Centro: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

## INFORME MÉDICO PARA RECLAMACIÓN DE SEGURO

Asegurado/a: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

N.º documento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha nac.: \_\_\_\_\_

Aseguradora: \_\_\_\_\_ N.º Póliza: \_\_\_\_\_  
N.º Siniestro: \_\_\_\_\_ Fecha siniestro: \_\_\_\_\_

### DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CIE-10):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### TRATAMIENTO Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### PERÍODO DE ATENCIÓN:

Inicio: \_\_\_\_\_ Alta: \_\_\_\_\_ ☐ Ambulatoria ☐ Hospitalaria

### OBSERVACIONES PARA LA ASEGURADORA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Expedido en: \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Dr./Dra.: \_\_\_\_\_ Cédula Profesional: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_