

Nombre del Afiliado principal:

1 de 1

Número de Contrato:

Fecha de la firma de la aplicación o fecha de renovación:

DD / MM / AAAA

Yo, como Contratante o Solicitante del Contrato, declaro y confirmo que desde la fecha de la solicitud original, de la solicitud de la reinstalación más reciente o de la última renovación, uno o todos los afiliados miembros de este contrato han:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Recibido un diagnóstico médico (incluyendo embarazo) | Sí | No |
| 2. Recibido tratamiento o se le ha recomendado tratamiento médico | Sí | No |
| 3. Presentado síntomas de algún desorden físico o mental, además de lo declarado en la solicitud de este contrato | Sí | No |

A continuación detallo las respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores:

RESPUESTA AFIRMATIVA 1

Nombre del paciente:

Diagnóstico:

Tratamiento médico o quirúrgico:

Información del Médico y/u Hospital:

Nombre:

Correo electrónico:

Teléfono:

+ [] [] - [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

RESPUESTA AFIRMATIVA 2

Nombre del paciente:

Diagnóstico:

Tratamiento médico o quirúrgico:

Información del Médico y/u Hospital:

Nombre:

Correo electrónico:

Teléfono:

+ [] [] - [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

RESPUESTA AFIRMATIVA 3

Nombre del paciente:

Diagnóstico:

Tratamiento médico o quirúrgico:

Información del Médico y/u Hospital:

Nombre:

Correo electrónico:

Teléfono:

+ [] [] - [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Entiendo que esta 'Declaración de Buena Salud' y cualquier otro documento presentado servirán de base para determinar las condiciones de aprobación o el rechazo de la cobertura solicitada. Ningún tipo de cobertura entrará en vigor hasta que haya sido aprobada por VUMILATINA Medicina Prepagada S.A.

Firma del titular del contrato

Fecha (DD/MM/AA)