

FORMATO DE REHABILITACIÓN

LUGAR:	FECHA:
NÚMERO DE LA PÓLIZA:	RAMO:
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR:	
TELÉFONO:	CORREO ELECTRÓNICO:

CONTESTE ÍNTEGRAMENTE ESTE CUESTIONARIO POR CADA UNO DE LOS ASEGURADOS	TITULAR	CÓNYUGE	DEPENDIENTE	DEPENDIENTE
1.- ¿Padece actualmente alguna enfermedad y/o está sujeto a algún tratamiento médico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.- ¿Se le ha practicado o tiene pendiente alguna cirugía o visitado algún médico en el último año?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.- ¿Cuál es su ocupación actual?				
4.- ¿Qué deporte practica actualmente?				
5.- ¿Cuál es su estatura? (en m)				
6.- ¿Cuál es su peso actualmente? (en kg)				
CUESTIONARIO PARA MUJERES				
1.- ¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.- Fecha de su última menstruación				

EN CASO DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS, FAVOR DE AMPLIAR LA INFORMACIÓN	
PREGUNTA NO.	DETALLES: (Nombre de las enfermedades, lesiones, estudios, tratamiento, etc., fecha de la atención y estado actual)

En caso de que los beneficios de este programa cesen por falta de pago de las primas, sea cual sea el motivo, el Contratante podrá solicitar la rehabilitación de su póliza presentando la documentación correspondiente dentro de los treinta días naturales siguientes al último en que se encontraba obligado a realizar el pago, reservándose la Compañía la aprobación de la misma de acuerdo a la selección que se realice al momento de esta solicitud.

En caso de ser aprobada, el asegurado sólo tendrá derecho a una rehabilitación por vigencia.

Declaro que las respuestas han sido estrictamente apegadas a la verdad y quedo entendido que el trámite de la rehabilitación está condicionada a la prima del depósito y al cumplimiento de los requisitos vigentes de la elegibilidad. Así mismo, acepto que la rehabilitación se hará a partir del momento en que sea aceptada expresamente por la Compañía, liberándola de cualquier gasto o evento registrado en el periodo al descubierto.

Nombre y Firma del Titular