

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre de pila                      Segundo nombre                      Primer apellido                      Segundo apellido

Número de identificación: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: dd/mm/aa

Dirección del Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad                      Estado                      País                      Código Postal

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Titular de la póliza (si es diferente al Asegurado): \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN MÉDICA

1. ¿Cuál es el nombre/diagnóstico exacto de su enfermedad? \_\_\_\_\_

2. Datos del médico que determinó lo anterior.

NOMBRE	ESPECIALIDAD	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO

3. ¿Cuándo se diagnosticó esto por primera vez? dd/mm/aa

4. ¿Cuándo se manifestaron por primera vez los síntomas de esta enfermedad? dd/mm/aa

5. ¿Alguna vez ha padecido una enfermedad similar o relacionada? **SÍ**  **NO**

6. Enumere las pruebas/investigaciones para esta afección con fechas.

NOMBRE DE LA PRUEBA	CLÍNICA/HOSPITAL O LABORATORIO DONDE SE REALIZÓ LA PRUEBA	FECHA

7. Detalles de cualquier cirugía o biopsia realizada:

TIPO DE CIRUGÍA	CLÍNICA/HOSPITAL O LABORATORIO DONDE SE REALIZÓ LA PRUEBA	FECHA

8. Detalles de otros tratamientos (por ejemplo, radioterapia, quimioterapia, medicación, etc.):

TIPO DE TRATAMIENTO	CLÍNICA/HOSPITAL O LABORATORIO DONDE SE REALIZÓ LA PRUEBA	FECHA

9. Enumere todos los médicos que ha consultado por esta enfermedad.

NOMBRE	ESPECIALIDAD	DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO

### Por favor incluya los siguientes documentos:

- Copia de los informes de todos los exámenes médicos realizados desde la fecha del diagnóstico original.
- Nombre e información de contacto de cualquier otro médico que haya participado en su atención.

### CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y completas a mi leal saber y entender.

Autorizo a los médicos, hospitales y cualquier proveedor médico a proporcionar a Olé Insurance Group Corp. I.I. cualquier informe médico e historia clínica que solicite (que pueda incluir información sobre enfermedades mentales, consumo de drogas, adicciones y enfermedades previas), con el fin de poder valorar la reclamación.

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha: dd/mm/aa

Firma del Titular de la Póliza (si es diferente al asegurado): \_\_\_\_\_

Fecha: dd/mm/aa

Aviso: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de fraude de seguros y estar sujeta a sanciones civiles y penales.

¿Existe una cesión de la póliza? **SÍ**  **NO**

## INFORMACIÓN BANCARIA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Nombre del banco: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del banco: \_\_\_\_\_

Dirección del Banco: \_\_\_\_\_

SWIFT/ABA: \_\_\_\_\_ Número de cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de cuenta (ahorros/corriente): \_\_\_\_\_