



La documentación contractual y la nota técnica que integran los productos que utilizan este documento, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto en el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo los siguientes registros:

**INS Viajero con Asistencia en Dólares P16-33-A01-019 de fecha 16/11/2009**

**INS Viajero con Asistencia para Estudiantes P16-35-A01-015 de fecha 27/11/2009**

**Seguro Básica de Accidentes Monto Nivelado Colones P16-33-A01-059 de fecha 16/12/2009 - Dólares P16-33-A01-060 de fecha 16/12/2009**

**Seguro Colectivo de Accidentes para Asientos de Vehículos Colones P16-33-A01-042 de fecha 07/12/2009**

**Seguro de Accidentes para Estudiantes P16-33-A01-044 de fecha 08/12/2009**

**Seguro de Gastos Médicos del INS P16-35-A01-143 de fecha 23/02/2010**

**Seguro INS Medical Internacional Grandes Deducibles P16-35-A01-092 de fecha 05/01/2010**

**Seguro INS Medical Internacional P16-35-A01-072 de fecha 05/01/2010**

**Seguro INS Medical Regional P16-35-A01-113 de fecha 27/01/2010**

**Seguro para Viajeros en Colones P16-33-A01-040 de fecha 04/12/2009 - Dólares P16-33-A01-041 de fecha 04/12/2009**

**Seguro Viajero Frecuente en Dólares P16-33-A01-047 de fecha 10/12/2009**

Nombre, Firma y Número de identificación del reclamante

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y N° Identificación

# DECLARACIÓN DEL MÉDICO DE CABECERA

PARTE B

(Llenarla a máquina o con letra imprenta)

Nombre del Paciente:

Edad:

Indique brevemente el diagnóstico y los síntomas de la enfermedad o lesión:

¿Cuándo se manifestaron los síntomas de esta dolencia por primera vez o cuándo ocurrió el accidente? Sea lo más detallado posible:

¿Cuándo le consultó el paciente por primera vez sobre esta condición?

¿Ha sufrido el paciente de esta dolencia anteriormente? ¿Cuándo?

¿Qué relación tiene esta dolencia con otros padecimientos del Asegurado?

¿Desde cuándo ha tratado al Asegurado como paciente? ¿Sobre qué dolencias?

Clase de tratamiento o cirugía practicada. (Describala detalladamente)

Costo de esta intervención:

¿Con hospitalización?

Sí  No

Fecha en que fue realizado:

¿Dónde se efectuó?

Indique las fechas del tratamiento:

Cobrado por visita:

Consultorio: \_\_\_\_\_

Residencia: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Explique qué otra intervención quirúrgica o tratamiento se anticipa más adelante. ¿Por qué?

Explique si se debe esta condición a una lesión o enfermedad proveniente del empleo del paciente:

¿Está todavía el paciente a su cuidado por esta condición? (Si fue dada de alta, dé la fecha)

Sí  No

Fecha: \_\_\_\_\_

Observaciones:

Fecha:

Nombre del médico y su dirección completa

Firmado: \_\_\_\_\_  
Médico o Cirujano: