



**FORMULARIO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN
SEGURO DE VIDA COLECTIVO "MASIVO"**

Estimado asegurado para atender su reclamo con prontitud, este reclamo deberá completarse debidamente, según se indica. La declaración médica de este formulario únicamente puede ser sustituida por una constancia del hospital donde fue ingresado.

1- SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

DATOS DEL CERTIFICADO

		Día	/	Mes	/	Año
_____	_____	Fecha de ingreso a la póliza				
n.º Póliza	n.º Solicitud - Certificado					
		Día	/	Mes	/	Año
_____	_____	Fecha de Nacimiento				
Apellidos	Nombres					

2- SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL MÉDICO TRATANTE

DATOS DE LA HOSPITALIZACIÓN

Nombre del paciente _____

Origen de la hospitalización Enfermedad Accidente Otro

Fecha ingreso	Día	/	Mes	/	Año	Fecha alta	Día	/	Mes	/	Año
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nombre de hospital _____

Diagnóstico principal _____

Otros diagnósticos _____

Qué médicos le han atendido (indique nombre y fecha)	Día	/	Mes	/	Año
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nombre del médico _____

Correo electrónico _____

Teléfono _____

Firma del médico tratante

Sello