

# BMI Compañía de Seguros de Guatemala, S.A.

REQUISITO PARA ASEGURADOS PROPUESTOS MAYORES DE 65 AÑOS

NOMBRE DEL ASEGURADO PROPUESTO:

\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL MEDICO PERSONAL:

\_\_\_\_\_

DIRECCION:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESPECIALIDAD:

\_\_\_\_\_

¿DESDE CUANDO CONOCE AL ASEGURADO PROPUESTO?

\_\_\_\_\_

ENTIDADES CONOCIDAS Y TRATADAS (Deben reflejar el año y el diagnóstico):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OTRAS EVALUACIONES Y DATOS DE INTERES MEDICO QUE SE DEBEN  
CONOCER:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESTADO ACTUAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

FECHA