

Código: SPN-F.GSP-13

No. de póliza: _____

No. de certificado: _____

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre completo del asegurado			Fecha de nacimiento Día / Mes / Año
No. identidad	No. de afiliación del IHSS	Teléfono	Última ocupación
Dirección domiciliaria			Teléfono
Nombre del patrono			
Dirección del patrono			Teléfono

Describa la(s) enfermedad(es) o lesión(es) que causaron la Incapacidad Total y Permanente: _____

Si la incapacidad es a causa de una enfermedad, ¿En qué fecha se presentaron los primeros signos o síntomas de la enfermedad? _____

Si la incapacidad es a causa de un accidente, ¿Cuándo y cómo ocurrió el accidente? _____

Indique el nombre y dirección de los médicos, Hospitales o Centros de Salud donde recibió atención médica:

Nombre	Fecha de atención	Dirección	Teléfono

¿En qué fecha recibió el primer tratamiento? _____

¿En qué fecha dejó de laborar? _____

Indique el grado de incapacidad según evaluación médica: _____

Indique la fecha en que fue declarada la incapacidad total y permanente: _____

Certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verídicas y completas.

Autorizo a los médicos, centros hospitalarios, clínicas, centros de salud etc. que me hayan prestado servicios médicos para que le suministre a Ficohsa Seguros o a sus representantes, toda mi información médica incluyendo copia de documentos médicos: expediente clínico, resultado de exámenes médicos etc.

Nombre completo del Asegurado

Firma del Asegurado