STATETRUST
LIFE & ANNUITIES

Informe del Médico Tratante (APS)

1./ Datos del Médico Tratante:

Primer Nombre	Primer Apellido	Correo Electrónico	
Fecha de Solicitud DD MM AA / /	**Sexo** ☐ F ☐ M	**Ciudad**	**País**	**Teléfono / Fax**

2./ Datos del Paciente:

Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Primer Apellido	
Fecha de Nacimiento DD MM AA / /	**Edad**	**Sexo** ☐ F ☐ M	**Ciudad**	**País**	**Teléfono / Fax**

Estimado Doctor:

La persona indicada en el recuadro superior ha solicitado un seguro de vida con nuestra compañía StateTrust Life & Annuities. Por lo que es necesario conteste a las siguientes preguntas referentes a la enfermedad declarada por el asegurado.

3./ Información Médica:

Diagnóstico Presuntivo:	Diagnóstico Exacto:

Fecha de Inicio Sintomatología	Número de Episodios	Tratamiento
DD MM AA / /		

Nombre del Medicamento	Cantidad	Frecuencia	Duración

Evolución del Cuadro	Estado Actual	Pronóstico

¿Conoce otra(s) Enfermedades en el Asegurado ? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, Indique cual?:

4./ Comentario Adicional:

5./ Declaración y Autorización del Médico Tratante:

Yo, como Médico Tratante del Solicitante, declaro que las respuestas anteriores corresponden a la verdad y que forman parte de la historia médica del mismo y doy mi consentimiento para que se conserve esta planilla en su formato electrónico y para que la copia de esta planilla sea tratada como una versión original para todo efecto.

Firma y Sello Médico Responsable Fecha