

# Formato para Reconsideración de Dictamen Médico

(FAVOR DE LLENAR LOS CAMPOS MARCADOS CON GRIS Y UTILIZAR LETRA DE MOLDE)



**No. de póliza:** \_\_\_\_\_

**Contratante:** \_\_\_\_\_ **Fecha de solicitud:**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**Nombre del asegurado a reconsiderar** \_\_\_\_\_

**Reconsideración que se solicita:**

Extraprima

Exclusión

Rechazo

En todos los casos anexar copia del endoso de exclusión, extraprima o carta rechazo expedida por Plan Seguro.

\_\_\_\_\_  
Nombre del contratante

\_\_\_\_\_  
Firma

## \*\*\* PARA USO EXCLUSIVO DE PLAN SEGURO

### \*\*\*I. Información requerida para la Reconsideración que se anexa a esta solicitud

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### \*\*\*II. DICTAMEN FINAL AREA MEDICA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### \*\*\*III NOTAS IMPORTANTES (AREA MEDICA)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Folio

\_\_\_\_\_  
AUTORIZACION VENTAS

\_\_\_\_\_  
SELLO DE MESA DE CONTROL