

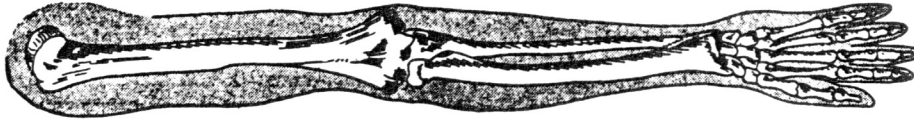
PERDIDA ACCIDENTAL DE UN MIEMBRO - PERDIDA ACCIDENTAL DE LA VISTA
DECLARACION DEL MEDICO



PERDIDA ACCIDENTAL DE UN MIEMBRO (Usese el reverso para pérdida de la vista)

1. Nombre del asegurado _____	2. Fecha del accidente que causó la pérdida _____
3. ¿Se hizo la amputación debido al accidente únicamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	3a. De lo contrario, ¿qué enfermedad o estado fue la causa contribuyente? _____
4. Dé el nombre de otros médicos que trataron al asegurado debido a un estado contribuyente:	
Nombre del médico _____	Dirección _____
(1) _____	_____
(2) _____	_____

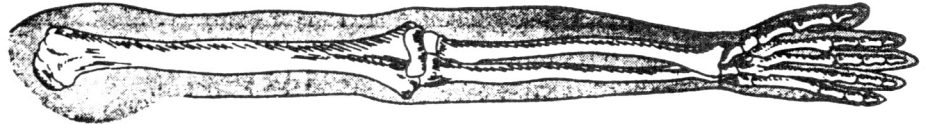
5. Indíquese en este diagrama el punto preciso de sección, y anótese la fecha.



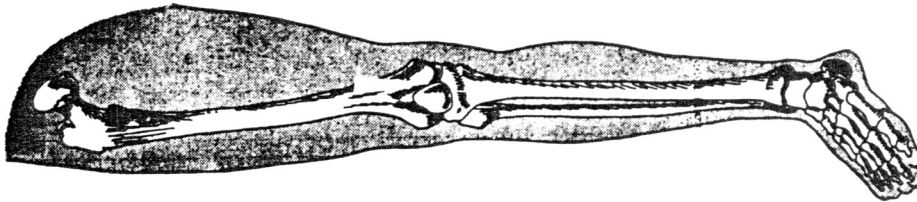
Brazo derecho

Fecha _____

Brazo izquierdo



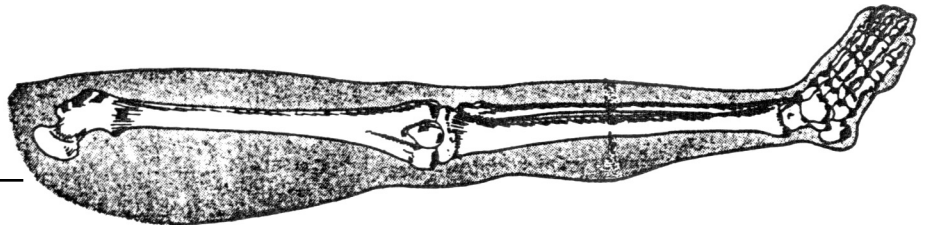
Fecha _____



Pierna derecha

Fecha _____

Pierna izquierda



Fecha _____

Usese este espacio para cualquier información que se considere esencial

Fecha _____

Firma _____

Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ País _____

Al médico: Después de terminar este formulario, puede enviarlo directamente a la oficina de Pan-American Life de Guatemala anotada a continuación, si así lo desea.
La Compañía no asumirá el pago de los honorarios en que se incurra por completar este formulario.

Dirección de oficina _____