

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?  Si  No 3a. De lo contrario, ¿qué enfermedad o estado fue la causa contribuyente? \_\_\_\_\_

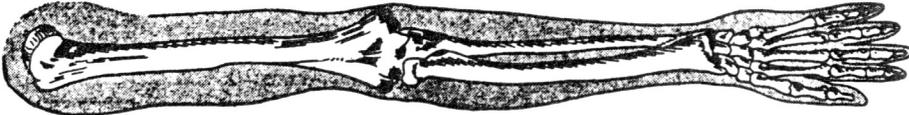
4. Dé el nombre de otros médicos que trataron al asegurado debido a un estado contribuyente:

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

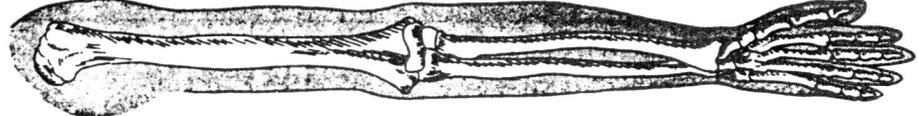
5. Indíquese en este diagrama el punto preciso de sección, y anótese la fecha.



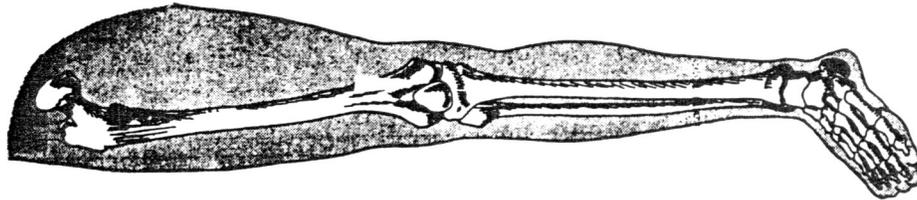
Brazo derecho

Fecha \_\_\_\_\_

Brazo izquierdo



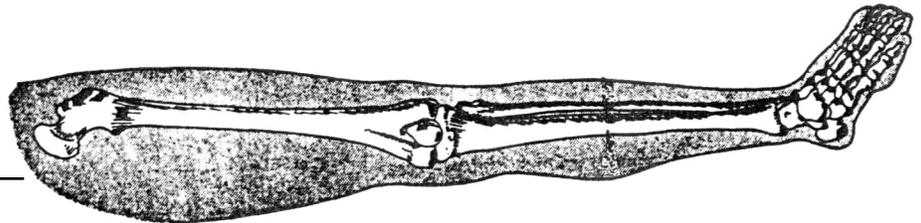
Fecha \_\_\_\_\_



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