

FOLIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



PERFILAMIENTO GASTOS MÉDICOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE											
CELULAR											
E-MAIL									EDAD		
FECHA (DD/MM/AAAA)											

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre completo	
Fecha Nacimiento	
Ocupación	
Preexistencias	
Sexo	
Cobertura adicional	
CP Residencia	
Nivel hospitalario	
Suma asegurada	
Deducible	
Coaseguro	
Comentarios Adicionales	

Nombre Completo	Parentesco	Sexo	Edad

Si alguno de los clientes cuenta con antigüedad mencionarlo anexo en el reporte especificando el asegurado