Nº FOLIO:

BICE VIDA

INFORME MEDICO POR INVALIDEZ

1. IDENTIFICACION DEL ASEGURADO

NOMBRE COMPLETO: RUT: –

2. IDENTIFICACION DEL MEDICO TRATANTE

NOMBRE COMPLETO: RUT: –

ESPECIALIDAD: REGISTRO COLEGIO MEDICO:

TELEFONO FIJO: TELEFONO CELULAR:

CORREO ELECTRONICO:

LUGAR DE ATENCION (HOSPITAL – CLINICA – CENTRO MEDICO):

DIRECCION: CALLE: N°: COMUNA: REGION:

3. FECHA DESDE QUE USTED TRATA A NUESTRO ASEGURADO / /

4. CONFIGURACION DE LA INVALIDEZ

PATOLOGIAS INVALIDANTES	FECHA DE DIAGNOSTICO	FECHA INICIO ENFERMEDAD

BREVE HISTORIA Y FUNDAMENTOS CLINICOS, DE LABORATORIO O DE IMAGENOLOGIA, EN QUE SE BASAN LOS DIAGNOSTICOS:

EVOLUCION DE LAS PATOLOGIAS INVALIDANTES (POR FAVOR REFERIRSE A ADHERENCIA, FALTA DE RESPUESTA Y ACCESO AL TRATAMIENTO):

IMPEDIMENTOS CONFIGURADOS:

TRATAMIENTOS MEDICOS O QUIRURGICOS, EFECTUADOS O PENDIENTES (INDICAR FECHAS):

INDICAR SI LAS ENFERMEDADES SON RECUPERABLES, EN CASO DE NO ALCANZAR INVALIDEZ:

FECHA DEL INFORME / / NOMBRE MEDICO:

FIRMA