

Guayaquil, XXXXXXXXXXXXXXXX

Srs. BMI Igualas Médicas

Presente,

Ref. Declaración de preexistencias

Yo, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, con número de cédula XXXXXXXXXXXXXXXX, titular del contrato XXXXXXXXXXXX, por este medio, solicito me ayuden registrando las siguientes preexistencias que no fueron declaradas al momento de emitir mi póliza con ustedes.

A continuación, el detalle:

Nombre del asegurado	Condición médica	Diagnóstico	Fecha

Particular que informo, para los fines pertinentes.

Atentamente,

Nombre de asegurado

Cédula