

POLIZA No. \_\_\_\_\_

### 1. SOLICITANTE

	Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Parentesco con el Titular	Fecha Nac. <small>DIA MES AÑO</small>	Estatura	Peso	Edad	Sexo	Lugar De Nacimiento
A.					/ /					
B.					/ /					
C.					/ /					

### INFORMACION ADICIONAL RESPECTO A LOS SOLICITANTES

### 2. ¿PADECE USTED, HA PADECIDO O ESTÁ BAJO TRATAMIENTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES AFECCIONES?

	SI	NO		SI	NO
A) ¿Asma, enfisema, bronquitis u otra enfermedad o afección del sistema respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G) ¿Alguna enfermedad o afección de los músculos, huesos o coyunturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B) ¿Tensión sanguínea alta, dolores en el pecho, inflamación de los pies, ataques cardíacos, falta de respiración u otras enfermedades o afecciones del corazón o del sistema circulatorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H) ¿Cualquier otra enfermedad, lesiones, operación o deformidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C) ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza u otra enfermedad o afección en el cerebro o el sistema nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I) ¿Nació el/la solicitante con alguna complicación, deformidad o mal congénito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D) ¿Albumina o sangre en la orina; diabetes u otra enfermedad o afección de los riñones, vejiga o próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J) fecha del ultimo examen médico y resultados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E) ¿Alguna enfermedad o afección del estomago?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K) <u>Mujeres:</u>		
F) ¿Cáncer u otros tumores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) ¿Alguna complicación por maternidad pasada o presente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			b) ¿Se encuentra usted en estado de gestación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			L) ¿Nació el/la solicitante con alguna complicación, deformidad o mal congénito?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### FAVOR DE DAR DETALLES A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LA PREGUNTA 2.

Nombre de la persona y número de la pregunta	Condición y complicaciones ( indique si fue operado)	Fecha que comenzó <small>DIA MES AÑO</small>	Duración	Nombres y direcciones de médicos y Hospitales
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

### 3. Niños menores de 12 meses (preguntas a ser respondidas por el pediatra):

- A. Antecedentes patológicos personales y/o antecedentes patológicos familiares de la madre: .....
- B. Edad gestacional al nacer: .....
- C. Apgar: .....
- D. Circunferencia cefálica: .....
- E. Examen cardiopulmonar:  
- pulmones: .....  
- corazón: .....
- F. Examen psicomotor: .....
- G. Conclusión médica: .....

Nombre y Apellido del Pediatra: \_\_\_\_\_

Firma del Pediatra \_\_\_\_\_

Fecha: [ ] [ ] [ ]

### 4. Según su leal saber y entender:

- |  | SI                       | NO                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| A. ¿Ha usado heroína, morfina u otra droga narcótica; LSD, marihuana u otra droga psicoterapéutica?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. ¿Ha sido arrestado o ha recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. ¿Ha consultado, esta bajo tratamiento o examinado por algún , psiquiatra psicólogo o medico?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. ¿Ha participado o piensa participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carreras de automóvil? Si esta pregunta es afirmativa, por favor llene el formulario correspondiente. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. ¿De las personas propuestas para seguro, existe alguna residiendo en otro lugar? Indique nombre, dirección y motivo. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Favor de dar detalles de las respuestas afirmativas de la pregunta 4: .....

Firmado en: \_\_\_\_\_ El día \_\_\_\_\_ De \_\_\_\_\_ De 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente

\_\_\_\_\_  
Código del Agente