

CONTRATO No. \_\_\_\_\_

### 1. SOLICITANTE

	Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Parentesco con el Titular	Fecha Nac. DIA MES AÑO	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 cardiacos, 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 último 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 DIA MES AÑO	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. Segun 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: .....

DECLARO QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS CONTENIDAS EN ESTE FORMULARIO, SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER, SON PRECISAS, FIELES Y EXACTAS, Y QUE YO NO ESTOY EN CONOCIMIENTO DE NINGUNA CIRCUNSTANCIA QUE PUEDIERE AFECTAR EL RESULTADO DE LA EVALUACION DE LA COMPAÑIA CON RELACION A MI SOLICITUD PARA OBTENER UN PLAN DE SALUD. DECLARO POR ESTE MEDIO QUE ESTOY EN CONOCIMIENTO DE QUE EN CASO DE OMISION O DE INFORMACION EQUIVOCADA CON RELACION A MI ESTADO DE SALUD, LA COMPAÑIA SE RESERVA EL DERECHO DE INVALIDAR LA COBERTURA DE ESTE PLAN. AUTORIZO ASIMISMO, A LA COMPAÑIA A OBTENER INFORMACION ACERCA DE MI SALUD, DE MEDICOS, CLINICAS U HOSPITALES, ASI COMO DE OTRAS COMPAÑIAS DE SEGUROS QUE PUEDAN OFRECER INFORMACION SOBRE MI PERSONA, Y QUE DICHAS PERSONAS O INSTITUCIONES QUEDAN AUTORIZADAS A SUMINISTRAR LA REFERIDA INFORMACION. (EN CASO DE QUE ESTA SOLICITUD SEA DE UN MENOR DE EDAD, DEBERA SER FIRMADA POR UNO DE SUS PADRES O REPRESENTANTE LEGAL).

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

Firma del Solicitante

Firma del Titular

Firma del Agente

Código del Agente