

1. Solicitante

Póliza No. _____

	Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Parentesco con el titular	Fecha Nac. DÍA MES AÑO	Estatura	Peso	Edad	Sexo	Lugar de Nacimiento
A.					/ /					
B.					/ /					
C.					/ /					

Información Adicional respecto a los Solicitantes

2. ¿Padece usted, ha padecido o está bajo tratamiento de alguna de las siguientes afecciones?

	SI	NO
A) ¿Asma, enfisema, bronquitis u otra enfermedad o afección del sistema respiratorio? _____	<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"/>
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"/>
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"/>
E) ¿Alguna enfermedad o afección del estómago? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F) ¿Cáncer u otros tumores? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G) ¿Alguna enfermedad o afección de los músculos, huesos o coyunturas? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H) ¿Cualquier otra enfermedad, lesiones, operación o deformidad? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I) ¿Nació el/la solicitante con alguna complicación, deformidad o mal congénito? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J) Fecha del último examen médico y resultados _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K) Mujeres:		
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 DÍA 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. 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 médico? _____	<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, según mi leal saber y entender, son precisas, fieles y exactas, y que yo no estoy en conocimiento de ninguna circunstancia que pudiese afectar el resultado de la evaluación de la compañía con relación a mi solicitud para obtener un plan de salud.

Declaro por este medio que estoy en conocimiento de que en caso de omisión o de información equivocada con relación a mi estado de salud, la compañía se reserva el derecho de invalidar la cobertura de este plan.

Autorizo asimismo, a la compañía a obtener información acerca de mi salud, de médicos, clínicas u hospitales, así como de otras compañías de seguros que puedan ofrecer información sobre mi persona, y que dichas personas o instituciones quedan autorizadas a suministrar la referida información.

(En caso de que esta solicitud sea de un menor de edad, deberá 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