

SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS

Solamente Seguro de Vida ☐	Seguro de Vida y Gasto Medico ☐	Inclusión solo para Asegurado Principal ☐	Inclusión para Asegurado Principal y Dependientes ☐	Inclusión solo para Dependientes ☐
Nombre del Contratante:		No. Póliza		Opción Seleccionada por el contratante
Nombre Completo del Asegurado Principal:				
Fecha de ingreso a laborar del Contratante		N. ID	Edad:	Genero: F M
Fecha de Nacimiento (Día-Mes -Año)		Lugar de Nacimiento		
Profesión , Ocupación u Oficio		Estado Civil		Ingreso Mensual
		Nombre del Conyugue		
Peso en : Lbs _____ Kilos _____	Estatura: _____ Mts _____	Médico de Cabecera(El que Usualmente Consulta) _____		
		Hospital o Clínica que lo Atiende _____		
Dirección Completa de Residencia		Teléfono Residencia _____ Oficina _____ Celular _____		
		E. Mail _____ Fax _____		
Empresa donde Trabaja	Área:	Cargo:	Tiempo de Laborar:	
Dirección Labora:	País	Teléfono	Fax	Correo Electrónico

SECCIONB- Dependientes que desea incluir en el Seguro Medico

Nombre Completo	Sexo	Parentesco	Ocupación	Peso	Estatura	Fecha de Nacimiento	Edad	N. de Identificación

Sección C-Cuestionario de Salud del Asegurado Principal y sus Dependientes

Ha Tenido Alguna Vez Usted o Algún dependiente nombrado alguna (s) condición (es), signo(s) o síntomas(s) manifestado(s) y/o evidente(s) que aún no ha recibido atención médica. Ha padecido, ha informado de que he padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones:

Preguntas	SI	NO	Nombre de la persona para quien es afirmativa la Respuesta.
1.Padecimiento cerebro vascular incluyendo ictus, tumores cerebrales, migraña dolores de cabeza ,embolia, trauma y otros			
2.Padecimiento de cerebro o sistema nervioso incluyendo Depresión ,ansiedad, epilepsia, bulimia, anorexia, ideas suicidas entre otras			
3.Padecimiento Cardiovascular Incluyendo hipertensión arterial, hipotensión arterial ,angina de pecho, infartos, electrocardiogramas alterados ,colesterol o triglicéridos altos, insuficiencia venosa, tromboflebitis, alteración vascular, soplos y otros			
4. Padecimiento de la vista u oídos			
5. Padecimiento del sistema respiratorio incluyendo asma, EPOC, enfisema, bronquitis crónica, hiperactividad bronquial y otros.			
6.Sistema digestivo incluyendo hernia hiatal, gastritis, reflujo ,gastroesofágico y otros			
7.Padecimiento del sistema urinario, litiasis ,tumores de vejiga, píelo nefritis, hidronefrosis, exámenes de orina con proteinuria y/o hematuria con glucosa en orina			
8.Padecimiento de los órganos reproductores masculino o femenino incluyendo endometriosis ,miomatosis, citología con alteración y otros			
9. Padecimientos sanguíneos, anemia, leucemia, sangrados, y trastornos de la circulación.			
10.Trastornos endocrinos como diabetes y/o hiperglicemia, hipotiroidismo, síndrome			
11.Trastorno de la piel o colágeno como Lupus, Dermatitis, Psoriasis, Fiebre Reumática			
12.Padecimeintos del sistema Musculo Esquelético incluyendo Artritis, osteoartritis y otros			
Preguntas	SI	NO	Nombre de la persona para quien es afirmativa la Respuesta.
13. Cualquier tipo de quiste, nódulo, tumores o cáncer.			
14.Problemas alcohólicos o drogas			

