

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE SALUD

Sección A - Datos Generales para ser completado por el Empleado

<input type="checkbox"/> Solamente Seguro de Vida		<input type="checkbox"/> Seguro de Vida y Gastos Médicos	
<input type="checkbox"/> Inclusión solo para Asegurado Principal		<input type="checkbox"/> Inclusión para Asegurado Principal y Dependientes	
<input type="checkbox"/> Inclusión solo para Dependientes			
Nombre del Contratante		No. de Póliza	Opción Seleccionada por el Asegurado
Fecha de ingreso a laborar en la empresa contratante			
Nombre Completo del Asegurado Principal		No. Identidad	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
		Tipo de identificación	Edad <input style="width: 50px;" type="text"/>
Fecha de Nacimiento (Día - Mes - Año)		Lugar de Nacimiento Ciudad: _____	
		Municipio: _____	Depto. _____ País: _____
Profesión, ocupación u oficio		Estado Civil	Ingreso Mensual
		Nombre del Cónyuge	
Peso: 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 Laboral: Municipio	Departamento	País	Teléfono
			Fax
			Correo Electrónico

Sección B - Dependientes que desea incluir en el Seguro Médico

Nombre Completo	Sexo	Parentesco	Ocupación	Peso	Estatura	Fecha de Nacimiento	Edad	N° de Identidad

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 síntoma (s) manifestado (s) y/o evidente(s) que aun no ha recibido atención médica, ha padecido, ha sido informado de que ha padecido, o ha recibido consejo o tratamiento o cirugía por alguna de las siguientes condiciones:

(Marque con una X en la casilla correspondiente)

Preguntas	Si	No	Nombre de la Persona para quien es afirmativa la respuesta
1. Padecimientos Cerebro vasculares incluyendo Ictus, Tumores Cerebrales, migraña, dolores de cabeza, embolia, traumas y otros.			
2. Padecimientos del Cerebro o Sistema Nervioso incluyendo depresión, ansiedad, epilepsia, bulimia, anorexia, ideas suicidas y otros.			
3. Padecimientos Cardiovasculares incluyendo hipertensión arterial, hipotensión arterial, angina de pecho, infartos, electrocardiogramas alterados, colesterol o triglicéridos altos, insuficiencia venosa, tromboflebitis, flebitis, alteraciones vasculares, soplos y otros.			
4. Padecimientos de la vista o de los oídos.			
5. Padecimientos 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. Padecimientos del Sistema Urinario, litiasis, tumores de vejiga, pielonefritis, hidronefrosis, exámenes de orina con proteinuria y/o hematuria con glucosa en orina.			
8. Padecimientos de los órganos reproductores masculinos o femeninos incluyendo endometriosis, miomatosis, citología con alteración y otros.			
9. Padecimientos sanguíneos, anemia, leucemia, sangrados y trastornos de la coagulación.			
10. Trastornos endocrinos como diabetes y/o hiperglicemia, hipertiroidismo, hipotiroidismo, síndrome de Cushing y otros.			
11. Trastornos de la piel y Colagenos como Lupus, Dermatitis Psoriasis, fiebre reumática.			
12. Padecimientos del Sistema Músculo Esquelético incluyendo artritis, osteoartritis, y otros			

NOTA: LA VALIDEZ DE ESTA DECLARACIÓN ES DE 60 DIAS

