

**SEGURO MEDICO HOSPITALARIO**  
**SOLICITUD DE INSCRIPCION DEL**  
**FAMILIAR DEPENDIENTE**

Este formulario debe ser llenado por el familiar como una prueba del estado de su salud, el cual deberá ser enviado al Departamento de Seguros de Personas de la Compañía de Seguros, juntamente con la Solicitud de Adición del familiar dependiente.

**INFORME DEL FAMILIAR DEPENDIENTE PARA LA COMPAÑIA DE SEGUROS**

Contratante de la Póliza \_\_\_\_\_

1.- Nombre del Empleado \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

2.- Nombre del Familiar Dependiente \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_

3.- Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

4.- Sexo \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Parentesco con el empleado \_\_\_\_\_  
*Indique ya sea conyuge, hijo e hija*

5.- ¿Se encuentra usted actualmente en buena salud? \_\_\_\_\_ En caso negativo de detalles \_\_\_\_\_

6.- ¿Ha tenido usted algún tiempo o tiene actualmente algunas de las siguientes enfermedades? Conteste SI o NO con su puño y letra a cada una de sus enfermedades que se detallan en el cuadro a continuación:

|                                    |                                 |                                     |
|------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| * Trastorno de las vías digestivas | * Artritis o reumatismo         | * Trastorno glandular               |
| * Trastorno de la sangre           | * Trastorno del recto           | * Cualquier defecto, amputación     |
| * Venas varicosas                  | * Trastorno urinario            | o menoscabo físico                  |
| * Enfermedades cardíacas           | * Enfermedades venéreas         | * Enfermedad o defecto de la        |
| * Desmayos o mareos                | * Trastornos de los riñones     | vista, oído, nariz o garganta       |
| * Alta o baja presión              | * Lesiones de la Cabeza o de la | * Trastorno de la vesícula biliar   |
| * Convulsiones                     | espina dorsal                   | * Albumina, azúcar en la orina      |
| * Trastornos nerviosos             | * Diabetes                      | * Prostatitis                       |
| * Tuberculosis                     | * Cáncer, tumor o quiste        | * Trastornos femeninos              |
| * Asma o bronquitis                | * Hernia                        | * Operación cesárea                 |
| * Dolores de cabeza (severos)      | * Bocio                         | ¿Está usted actualmente embarazada? |

7.- ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedad o accidente durante los últimos tres meses? \_\_\_\_\_

8.- ¿Ha consultado a un médico durante los últimos doce meses? \_\_\_\_\_

9.- ¿Tiene usted intensión de tener o se le ha recomendado tener una operación quirúrgica o tratamiento? \_\_\_\_\_

10.- ¿Ha estado alguna vez en un hospital, Clínica, dispensario o sanatorio por razones de diagnóstico o tratamiento? \_\_\_\_\_

Si alguna de las respuestas 6, 7, 8, 9 ó 10 es afirmativa, detalle a continuación:

**Fecha** **Dolencia** **Duración** **Nombre del Médico** **Nombre del Hospital**  
**Tratamiento** **o Establecimiento Médico**

11.- ¿Le ha sido alguna vez negado o pospuesto algún seguro de vida o de salud? \_\_\_\_\_

12.- ¿Ha estado o está asegurado actualmente con alguna u otra Póliza colectiva de Médico Hospitalario? En caso afirmativo, dé el nombre del patrono o Contratante y la fecha del seguro \_\_\_\_\_

Certifico que las respuestas dadas son completas, correctas y verdaderas y convengo en que ellas (juntamente con los formularios requeridos), forman parte de mi solicitud para seguro Colectivo; además, convengo en que el seguro que se emita no entrará en vigor a menos que la fecha de éste, mi salud sea la misma que se describe en este documento y que en ningún momento el seguro entrará en vigor en otra forma que no sea la expuesta en dicha Póliza o Pólizas de Seguro Colectivo.

Por este medio autorizo a cualquier médico para que de todos los datos de su diagnóstico, tratamiento pronóstico de mi estado de salud y al mismo tiempo autorizo a cualquier hospital, clínica o sanatorio para que de una copia de sus registros y renuncio a la irrevocable reservada de toda la información adquirida, en cualquier fecha o forma, respecto al estado de mi salud en cualquier tiempo, y doy permiso a cualquier persona para que de testimonio de dichos asuntos.

Firma del Familiar Dependiente (No se requiere la del niño dependiente) \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Empleado \_\_\_\_\_