

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 cónyuge, 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 la vías digestivas	* Artritis o reumatismo	* Trastorno glandular
* Trastorno de la sangre	* Trastorno del recto	* Cualquier defecto, amputació,
* Venas varicosas	* Trastorno urinario	o menoscabo físico
* Enfermedades cardiacas	* 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	* Albúmina, azúcar en la orina
* Trastornos nerviosos	* Diabetes	* Prostatitis
* Tuberculosis	* Cáncer, tumor o quiste	* Trastornos femeninos
* Asma y bronquitis	* Hemia	* 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 intención 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 Tratamiento	Duración	Nombre del Médico	Nombre del Hospital 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 verídicas 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 indole 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: _____