

## Parte 1- INFORMACION DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Apellidos:		Primer Nombre :	Segundo Nombre:
No. Póliza:	Correo Electrónico:	Tel. Residencia/Celular:	

## Parte 2- DATOS PERSONALES DE DEPENDIENTE (S)

<i>Dependiente (1)</i> Apellidos:		Nombre (s):		Parentesco con el Asegurado Principal: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo (a)	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Estatura:	Peso:
<i>Dependiente (2)</i> Apellidos:		Nombre (s):		Parentesco con el Asegurado Principal: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo (a)	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Estatura:	Peso:
<i>Dependiente (3)</i> Apellidos:		Nombre (s):		Parentesco con el Asegurado Principal: <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo (a)	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Día Mes Año	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Estatura:	Peso:

## Parte 3- INFORMACION ADICIONAL DE DEPENDIENTE (S) MENORES DE 10 AÑOS DE EDAD

El (los) dependiente (s) a adicionar ha sufrido alguna vez, ha sido diagnosticado o recibido algún tipo de atención medica debido a:	Si	No	Si su respuesta es afirmativa, por favor provea detalles.
(a) Enfermedad congénita , hereditaria o alguna malformación ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(b) Complicaciones relacionadas al embarazo o la nacimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(c) Trastornos del desarrollo psicomotor (retardo al sentarse, gatear, pararse, caminar y/ o hablar) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(d) Enfermedades agudas a repetición como otitis, amigdalitis, neumonía, etc.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(e) Enfermedades del aparato neurológico. Ej.(convulsiones de cualquier causa, meningitis )?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(f) Enfermedades respiratorias . Ej. (asma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(g) Enfermedades Cardiovasculares (corazón o vasos sanguíneos) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(h) Enfermedades digestivas (estomago, esófago, hígado, páncreas e intestinos) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(i) Enfermedades genito-urinarias (genitales, riñones, uréteres, vejiga, uretra)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(j) Algún trastorno en la esfera psicológica o desorden de conducta (Autismo, ADHD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(j) Ha tenido cirugías previas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

(k) Ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(l) Ha recibido algún tipo de terapia física ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(m) Padece de alguna condición no mencionada en este cuestionario ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(n) <i>En caso de tratarse de un recién nacido:</i> Indique la edad gestacional al nacer (número de semanas de embarazo que tenía la madre cuando nació el bebé)			

#### Part 4- INFORMACION ADICIONAL DE DEPENDIENTE (S ) MAYORES DE 10 AÑOS DE EDAD

A alguno de los solicitantes se le ha recomendado o ha recibido consultas, cuidado o tratamiento medico o toma algún medicamento para: (Por favor , circule cada condición)	Si	No	Si su respuesta es afirmativa, por favor provea detalles.
(a) El corazón o el sistema circulatorio (Infarto, presión arterial alta, angina, fiebre reumática, defecto cardiaco, arritmias, enfermedades de las venas o arterias y otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(b) El sistema respiratorio (otitis, desviación del tabique nasal, sinusitis, pólipos o quistes, asma, bronquitis, enfisema, bronquiectasia, tuberculosis y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(c) El sistema gastrointestinal (reflujo gastroesofágico, colon irritable, colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, colitis, hernia hiatal, gastritis, ulcera gástrica o duodenal, duodenitis, divertículos, diverticulitis, pólipos, enfermedades de la vesícula biliar y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(d) El sistema urinario (enfermedades del riñón, uréteres, vejiga, uretra, cálculos, infecciones, trastornos de la vejiga, enfermedades de la próstata y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(e) El sistema musculo-esquelético (trastornos de la espalda, de la medula espinal, reumatismo, artritis, artrosis, gota, lumbago, osteoporosis, deformidades óseas o articulares, disco herniado, cirugía de remplazo articular y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(f) Trastornos neoplásicos (tumores benignos o malignos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(g) El sistema endocrino (enfermedades de la glándula Hipófisis, Tiroides, Paratiroides, Diabetes, trastornos de los ovarios y de las glándulas Suprarrenales)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(h) Enfermedades transmitidas sexualmente o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o CRS (complejo relacionado al SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(i) El sistema reproductivo femenino (trastornos del ciclo menstrual, ovarios, útero, incluyendo el cuello uterino, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, trompas de Falopio, vagina, abortos, parto por cesárea y otros) Trastornos de las mamas (enfermedades fibroquísticas, tumor y otras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(j) Sistema reproductivo masculino (próstata, testículos, pene y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(k) El sistema neurológico ( convulsiones, Epilepsia, parálisis, Esclerosis Múltiple, infarto cerebral, enfermedad de Alzheimer, demencia y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(l) Trastornos del hígado (hígado graso, cirrosis, hepatitis y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(m) Trastornos de la piel ( acné, psoriasis, melanomas, carcinomas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(n) El sistema hematológico y linfático (anemia, leucemias, Mieloma Múltiple, trastornos del bazo y otros trastornos de la sangre y coagulación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(ñ) Enfermedades del Colágeno (Artritis Reumatoide, Lupus eritematoso sistémico, Escleroderma y otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(o) Usted o algún familiar solicitando reinstalación de esta póliza ha sido adicto a drogas o alcohol; usa o ha usado drogas sin prescripción medica; esta o ha participado en un programa de rehabilitación por adicción o abuso de sustancias intoxicante?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
(p) Ha recibido tratamiento o ha sido diagnosticado por cualquier trastorno o condición no mencionada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma del Asegurado Principal: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año