

SOLICITUD DE SEGURO MEDICO HOSPITALARIO DEPENDIENTE

NOMBRE DEL CONTRATANTE : _____
 NOMBRE DEL ASEGURADO PRINCIPAL : _____
 PARENTESCO : _____

SUMA ASEGURADA: _____

MAXIMO VITALICIO: _____

A) DATOS DEL DEPENDIENTE

Nombre Completo (según Identificación)				
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento		Sexo	Nacionalidad 1
	Día	Mes	Año	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>
				Nacionalidad 2
				Estatura _____ Metros
				Peso _____ Libras
Número de Identificación	Tipo de Identificación			No. de RTN
	Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carnet de Residente <input type="radio"/>	
Correo electrónico	Estado Civil		Nombre del conyuge (si aplica)	
Dirección completa de residencia actual			Municipio actual	Departamento actual
			Teléfono de residencia	Número de celular
Profesión,oficio o actividad económica	Nombre de la empresa donde labora		Posición o cargo que desempeña	
Tiempo de laborar en la empresa	Nombre del negocio (si es propietario)		Giro o actividad economica del Negocio (si aplica)	
Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)			Direccion completa del negocio (si aplica)	
Municipio _____ Departamento _____				
Giro o actividad económica de la empresa	Teléfono de la empresa		Correo electrónico empresarial	
A que se dedica	Asalariado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Rentista <input type="radio"/>		Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente	
	Socio <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/>		Otros <input type="radio"/> Especifique _____	
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual?		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad economica ? Si <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 0 - 3 <input type="radio"/>	De 4 - 6 <input type="radio"/>	Si su respuesta es SI detalle:		Tipo de moneda:
De 7 - 10 <input type="radio"/>	De 11 - 20 <input type="radio"/>	Fuente de ingresos: _____		Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
De 21 - 50 <input type="radio"/>	De 50 en adelante <input type="radio"/>	Valor mensual estimado: _____		

C) FATCA

Tributa para el Gobierno de EUA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Numero de Identificacion Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica)
	____ - ____ - ____

D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si No Cargo: _____ Institución: _____

En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)

E) DATOS DEL CONYUGUE (SI APLICA)

Nombre completo	Profesion, ocupacion u oficio:
Numero de celular:	Nombre de la empresa:
	Posicion o cargo que desempeña:

G) ANTECEDENTES DE SALUD (TITULAR Y/O DEPENDIENTES)

Ha padecido o padece usted alguna de las siguientes enfermedades, trastornos ó hábitos:	SI/NO
1) ¿Del Cerebro o de la médula espinal, de los nervios, depresión o trastornos mentales, por ejemplo: epilepsia, ataques, parálisis, lipotimias, vértigos?	
2) ¿Del aparato respiratorio por ejemplo: asma, bronquitis, neumonia, esputos sanguinolentos, tuberculosis, enfermedades de la laringe?	
3) ¿Enfermedades del corazón y del sistema vascular por ejemplo: defecto cardiaco, dolores de la región precordial, disnea en caso de esfuerzo, hipertensión arterial, derrame, trastornos de circulación en los brazos y piernas?	
4) ¿Del aparato digestivo por ejemplo: úlcera gástrica o duodenal, hemorragia digestiva, diarrea, hepatopatía y cólicos biliares, ictericia?	
5) ¿De los órganos urinarios y sexuales, por ejemplo: nefritis o pielitis, litiasis, prostatitis, micción, dificultosa o dolorosa, al albumina, glucosa o sangre en la orina, sífilis?	
6) ¿Otras enfermedades, dolencias, defectos físicos o trastornos no mencionados expresamente?	
7) ¿Ha estado usted o sus dependiente alguna vez internado en un hospital para diagnóstico o tratamiento?	
8) ¿Ha sufrido usted o sus dependientes alguna intervención quirúrgica?	
9) ¿Se le ha realizado a usted o sus dependientes estudios con rayos X o tratamientos radioterapéuticos o quimioterapias?	
10) ¿Ha tomado o toma usted o sus dependientes habitualmente medicamentos, por ejemplo: narcóticos, anestésicos, morfina u otros, tóxicos embriagadores?	
11) ¿Ha sido tratado usted o sus dependientes alguna vez con medicamentos para el corazón, insulina u otros medicamentos contra diabetes, medicamentos para bajar la presión sanguínea, o ha sido usted o sus dependientes sometidos a tratamientos para terapéutica por shocks?	
12) ¿Ha aumentado de peso en los últimos dos años? ¿Cuánto?	
13) ¿Ha disminuido de peso en los últimos dos años? ¿Cuándo?	
14) ¿Usted fuma? ¿Qué cantidad acostumbra a fumar diariamente?	
15) ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Favor especificar cantidad y frecuencia	
16) ¿Ha tenido algún accidente? ¿Qué secuelas existen a la fecha?	
17) ¿Padece usted de alguna incapacidad, deformidad, defecto físico o mental?	
Cuestionario Femenino	
18) ¿Padeció o padece Ud. actualmente alguna enfermedad de las mamas o de los órganos genitales?	
19) ¿Sus ciclos de menstruación son normales?	
20) ¿Está usted actualmente embarazada? ¿cuantos meses tiene?	

