

RNC- 1-01-86442-7

Empresa _____ Póliza _____

Asegurado _____ No. _____ Plan _____

1-Nombre y apellido del dependiente	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Parentesco	Cédula	Teléfono	Tipo de dependiente		
							E	A	O
Dirección									
2-Nombre y apellido del dependiente	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Parentesco	Cédula	Teléfono	Tipo de dependiente		
							E	A	O
Dirección									
3-Nombre y apellido del dependiente	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Parentesco	Cédula	Teléfono	Tipo de dependiente		
							E	A	O
Dirección									
4-Nombre y apellido del dependiente	Sexo	Estado civil	Fecha de nacimiento	Parentesco	Cédula	Teléfono	Tipo de dependiente		
							E	A	O
Dirección									

Tipos de Dependientes: **E:** Elegible, conyugue **A:** Adicional, hijo soltero menor de 21 años **O:** Opcional, hijo soltero hasta 25 años, que depende económicamente del empleado

Firma del empleado

Fecha

Firma y sello de la empresa

Fecha

DECLARACION DE SALUD

Está su esposa actualmente embarazada? Sí No en caso positivo, de cuantos meses

El embarazo transcurre normalmente? Sí No en caso negativo, explique abajo.

Marque con un X si alguno de sus dependientes ha padecido de alguna (s) de las enfermedades o afecciones indicadas a continuación, en caso positivo especifique quien.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastornos vías digestivas | <input type="checkbox"/> Asma o bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones | <input type="checkbox"/> Bocio |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas | <input type="checkbox"/> Artritis o reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Trastornos endocrino (glandulares) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades de transmisión sexual (venereas) | <input type="checkbox"/> Trastornos vías urinarias |
| <input type="checkbox"/> Alta o baja presión | <input type="checkbox"/> Afecciones de la próstata |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Trastornos congénitos |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Trastornos organos genitales femeninos |
| <input type="checkbox"/> Trastornos nerviosos | |

Quién? _____

Ha padecido algunos de sus dependientes de alguna enfermedad o lesión durante los últimos tres (3) meses? Sí No especifique quien y el tipo de lesión o enfermedad:

Se le ha recomendado a alguno de sus dependientes alguna operación quirúrgica o tratamiento? Sí No en caso positivo, de detalles a continuación:

Fecha	Nombre del paciente	Tratamiento	Duración	Nombre del médico	Nombre de la clínica
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Certifico que las respuestas a las preguntas que anteceden son verdaderas, exactas y completas, y obligatorias para todas las partes interesadas en el seguro solicitado y que constituyen la base y condición para la obtención del seguro de salud.

Firma del empleado

Fecha