

## Formulario de Solicitud y Declaración de Salud

Nombre del solicitante

Dirección

Número(s) de teléfono

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Fecha de inicio de la póliza

### Cobertura Deseada

Seguro Médico  Seguro Médico Suplementario a AZV / SVB

### Persona(s) a ser Asegurada *(si el solicitante desea ser asegurado, también tiene que completar esta sección)*

Clases de hospitalización  Tercera Clase  Segunda Clase Suplementaria  Primera Clase Suplementaria

Nombre de los asegurados <i>(apellido seguido por primer nombre)</i>	Fecha de nacimiento	Clase	Sexo	Altura	Peso
A.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	cm	kg
B.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	cm	kg
C.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	cm	kg
D.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	cm	kg

¿Alguna compañía de seguros de salud le ha rechazado, cancelado, o añadido exclusiones a usted o alguno de los asegurados?  No  Si

Si ha marcado 'sí', por favor indique la razón

### Declaración Médica

¿Ha tenido Ud, o alguno de los solicitante sido tratado de lo siguiente?	No	Si	Si ha marcado 'sí' por favor dar fecha y descripción
¿trastorno de los ojos, oídos, nariz or garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿bronquitis, asma, enfisema, tuberculosis o algún otro trastorno respiratorio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿algún tipo de alergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿anemia, leucemia o algún otro trastorno sanguíneo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿tensión alta, colesterol, ataque de corazón o alguna otra enfermedad del corazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿diabetes, tiroides, o otras glándulas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿vesicular, páncreas o enfermedad del riñón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿apendicitis, indigestión, ictericia, hepatitis, o algún otro trastorno urinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Declaración Médica** (continuada)

¿Ha tenido Ud, o alguno de los solicitante sido tratado de lo siguiente?	No	Si	Si ha marcado 'sí' por favor dar fecha y descripción
¿piedras en el riñón, enfermedad del riñón, infección de la vejiga o algún otro trastorno urinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿artritis, reuma, lupus, o algún otro trastorno de los músculos, huesos, espalda, columna o articulaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿deformidad o amputación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿enfermedad crónica de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿algún tipo de tumor, quiste o cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿convulsiones o epilepsia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿SIDA o VIH?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿complicaciones de embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿dolor en las mamas o otras complicaciones en las mamas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿algún trastorno o enfermedad no mencionado arriba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ud Consume bebidas alcohólicas? (indique frecuencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ud fuma o ha fumado en el pasado? (indique frecuencia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Está tomando medicación o recibiendo algún tratamiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Existe una <b>historia médica familiar</b> de diabetes, cáncer, enfermedad vascular, problemas del corazón, ataque cardíaco, tensión alta y/o colesterol alto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Le ha ocurrido alguno de los siguiente casos en el pasado?	No	Si	Si ha marcado 'sí' por favor dar fecha y descripción
¿Análisis, de sangre, TAC, ecografía, radiografía, o alguna otra prueba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Ha sido hospitalizado o paciente en una clínica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Operación de algún tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nombre médico de cabecera

Tel.

Dirección

Fax.

**Declaración**

El/La abajo firmante garantiza que las respuestas dadas en esta propuesta son verdaderas y que ocultar o suministrar falsa información puede resultar en la anulación de este acuerdo. El/la abajo firmante autoriza al asesor médico de Massy United Insurance Ltd. a realizar un chequeo medico, contactar al médico de cabecera para información médica adicional si fuera necesario, y está de acuerdo con todos los términos y condiciones estipulados en la póliza. El/la abajo firmante está de acuerdo que hay un periodo de espera por gastos incurridos durante los primeros 60 días de cobertura.

Fecha

Firma del Solicitante / Asegurado Titular

Copia del pasaporte       Copia de cédula local       Copia de papeles de inmigración (cuando corresponda)