

SOLICITUD DE SEGURO DE HOSPITALIZACION, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

1.-DATOS BÁSICOS

| | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--|
| Nombre y Apellido (Titular) | | | |
| Cedula de Identidad | | | |
| Estado Civil | Soltero <input type="checkbox"/> | Casado <input type="checkbox"/> | Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> |
| Sexo | | | |

2.- FAMILIARES QUE SE INCLUIRÁN EN EL SEGURO

| NOMBRE Y APELLIDO | PARENTESCO | FECHA DE NACIMIENTO | CEDULA DE IDENTIDAD |
|-------------------|------------|---------------------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| 2. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas o enfermedades o ha recibido tratamiento a causa de ellos? | Detalles de las respuestas afirmativas: |
|---|---|
| ¿Enfermedad de los ojos, los oídos, la nariz o la garganta? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataque cardiaco u otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Ictericia, hemorragia intestinal, ulcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estomago, intestino, hígado o vesícula biliar? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Deformidad, cojera o amputación? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Enfermedad de la piel, de los ganglios linfáticos, quistes, tumor o cáncer? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| k.- ¿Alergias, anemias u otro desorden sanguíneo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sido usted objeto de diagnostico o tratado por un miembro de la profesión médica como afectado por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o complejo relacionado con el sida? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha recibido alguna vez tratamiento o consejos profesionales por el uso de alcohol o drogas? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Esta usted actualmente bajo observación o tratamiento? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Además de lo arriba mencionado, durante los últimos 5 años: | |
| ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución medica? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Se le ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnostica? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Se le aconsejo alguna prueba diagnostica, hospitalización o cirugía, que no se le ha llevado a cabo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido usted algún trastorno en la menstruación, en el embarazo, en los órganos sexuales o en los senos? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| ¿Esta usted embarazada? – ¿Cuantos meses tiene de embarazo? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

DECLARO: Que las respuestas a las preguntas contenidas en este formulario de Examen Médico, según mi leal saber y entender, son precisas, fieles y exactas y que no estoy en conocimiento de ninguna circunstancia que pudiera afectar el resultado de la evaluación. De igual forma por este medio declaro que estoy en conocimiento de que en caso de omisión o de información equivocada con relación a mi estado de salud, el FONPRES-CIV se reserva el derecho de invalidar la cobertura de éste Plan.

AUTORIZACIÓN: Así mismo autorizo al **FONPRES-CIV** a obtener información acerca de mi salud, de médicos, clínicas u hospitales, así como de compañías de seguros que pudieran ofrecer información sobre mi persona y que dichas personas o instituciones quedan autorizadas a suministrar la información solicitada por el **FONPRES-CIV**.

Lugar _____ el día _____ de _____ de _____

POR FONPRES – CIV

FIRMA DEL SOLICITANTE