

CUESTIONARIO DE SALUD NUEVAS AFILIACIONES

| Datos del Grupo a Asegurar en la Póliza | | | | | | | | |
|---|---------------------|----------------|------------------------|---------------------|------|----------|------|---|
| No. | Apellidos y Nombres | Parentesco | Nro. de CI o Pasaporte | Fecha de Nacimiento | Sexo | Estatura | Peso | Solicita Cobertura de Maternidad <i>(Marque con una equis)</i> |
| 1. | | <i>Titular</i> | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2. | | | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3. | | | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4. | | | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5. | | | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6. | | | | | | | | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Otras Pólizas contratadas de Hospitalización, Cirugía y Maternidad (Salud)

| No. | Póliza Nro. | Empresa de Seguros | Suma Asegurada (Bs.) | La Póliza está <i>(Marque con una equis)</i> : | | Si la Póliza está anulada, indique Causa de Anulación |
|-----|-------------|--------------------|----------------------|--|--------------------------|---|
| | | | | Vigente | Anulada | |
| 1. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Declaración de Salud (Grupo a Asegurar incluyendo Titular)

En caso de respuesta afirmativa a alguna pregunta, por favor en la sección "Observaciones" de esta Solicitud, indique el Número de la pregunta y detalle la información solicitada y el nombre del asegurado a incluir a quien corresponde tal respuesta afirmativa

- | | |
|--|---|
| 1.- ¿Usted y/o alguna de las personas a incluir en el seguro tiene planeado tratamiento médico o intervenciones quirúrgicas? Si la respuesta es Sí, indique tipo de tratamiento o intervención a practicarse y fecha estimada. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 2.- ¿Ha presentado usted y/o alguna de las personas a incluir en el seguro un reclamo bajo alguna póliza de hospitalización, cirugía y maternidad (Salud)? Si la respuesta es Sí, indique fecha, empresa aseguradora y causa del reclamo. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 3.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro consume alcohol, tabaco o cualquier otra droga adictiva (por ejemplo Heroína, Cocaína, Marihuana)? Si la respuesta es Sí, indique la sustancia y frecuencia de uso. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 4.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha tenido algún cambio significativo de peso (más o menos 5 Kgs. de variación de su peso habitual) en los últimos cinco (5) años? Si la respuesta es Sí, indique aproximadamente cuál ha sido la variación de peso registrada. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 5.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha sido donante de órganos? Si la respuesta es Sí, indique fecha y órgano donado. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 6.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha recibido en donación algún órgano o transfusión de sangre? Si la respuesta es Sí, indique fecha y órgano recibido. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 7.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro ha estado hospitalizado o internado como paciente en algún hospital, clínica o sanatorio en los últimos cinco (5) años? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique fecha, motivo de la estancia, nombre del hospital, clínica o sanatorio y médico tratante. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| 8.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro se ha practicado algún chequeo y/o consulta médica en los últimos cinco (5) años? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique fecha y motivo del chequeo o consulta médica. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--|
| <p>9.- ¿Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro se ha practicado alguna cirugía o intervención quirúrgica? En caso de que su respuesta sea afirmativa, indique fecha y motivo de la misma. Fecha: ____ / ____ / ____ Motivo: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>10.- ¿Practica usted o alguna de las personas a incluir en el seguro algún deporte o actividad que podría atentar contra su integridad física (por ejemplo submarinismo, carreras motorizadas, alpinismo, hipismo, paracaidismo, vuelo en icaro, espeleología)? En caso de que su respuesta sea afirmativa, detalle el deporte o actividad.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>11.- Usted y/o alguna de las personas a ser incluidas en el seguro sufre o ha sufrido alguna vez de (En caso afirmativo subraye la enfermedad que corresponda e indique más abajo en la sección "Observaciones", la persona a incluir en el seguro que ha sufrido la enfermedad):</p> | |
| <p>a.- Enfermedades de la piel (Dermatitis, Vitiligo, Nevus, Carcinoma Baso), ojos (Glaucoma, Estrabismo, Cataratas), oídos, nariz o garganta (Desviación del Tabique Nasal, Sinusitis, Amigdalitis, Rinitis, Otitis, Hipertrofia de Cornetes, Timpanocentesis, Timpanoplastia).</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>b.- Enfermedades Respiratorias: Ronquera, Tos Persistente, Sangre en el Esputo, Bronquitis, Asma, Enfisema, Tuberculosis, Pleuresía, Neumonía, Bronconeumonía, Neumotorax, Derrame Pleural, Absceso Pulmonar, Tromboembolismo Pulmonar, Hipertensión Pulmonar, Apnea del Sueño.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>c.- Enfermedades Cardiovasculares: Hipertensión Arterial, Infarto al Miocardio, Arritmia Cardíaca, Aneurisma, Palpitaciones, Angina de Pecho, Fiebre Reumática, Arterioesclerosis, Insuficiencia Cardíaca, Síncope, Pericarditis, Trastornos Valvulares, Tromboflebitis, Várices).</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>d.- Enfermedades Digestivas: Esofagitis, Hernia Hiatal, Gastritis, Úlcera Péptica, Afecciones Hepáticas (Absceso Hepático, Hepatitis Viral Aguda o Crónica, Cirrosis Hepática), Cálculos Vesiculares, Hemorroides, Alteraciones Pancreáticas (Pancreatitis, Fibrosis Quística, Tumor de Páncreas), Recto (Fisura y Absceso Anal), Enfermedad Diverticular de Colon, Recto Colitis Ulcerosa, Poliposis Colónica y Gástrica, Alergia Gastrointestinal.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>e.- Enfermedades Genito-Urinarias: Albúmina, Sangre, Pus, o Infecciones en la Orina (Cistitis, Pielonefritis), Cálculos u otra alteración en los Riñones, Vejiga o Próstata, Varicocele, Fimosis, Parafimosis, Enfermedad Congénita del Riñón y la Uretra.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>f.- Enfermedades de Transmisión Sexual, VPH Genital, Infecciosas o Parasitarias (Paludismo, Disentería, Chagas, Hepatitis, Meningitis, Amebiasis, Bilharzia).</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>g.- Enfermedades de la Mujer: Sangramiento Genital, Fibroma Uterino, Endometriosis, Prolapso Genital, Incontinencia Urinaria, Afecciones en las Trompas y/o Ovarios (Quiste de Ovarios), Glándulas Mamarias (Fibroadenomas, Enfermedad Quística Mamaria, Galactorrea), Osteoporosis, Osteopenia, Enfermedad Inflamatoria Pélvica, Pólipos Endometriales.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>h.- Enfermedades Osteomusculares: Neuritis, Lumbociatalgia, Gota, Artritis Reumatoidea, Lupus Eritematoso Sistémico, Osteoartritis, Hernias Discuales, Desviación de la Columna Vertebral, Trastornos de los Ligamentos de las Rodillas y Meniscos, Bursitis, Síndrome del Manguito Rotador.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>i.- Enfermedades del Sistema Endocrino: Hiperinsulinismo, Diabetes, Obesidad, Hipófisis, Tiroides (Bocio, Tiroiditis, Hipertiroidismo, Hipotiroidismo), Alteraciones del Colesterol y Triglicéridos.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>j.- Enfermedades del Sistema Nervioso: Epilepsia, Convulsiones, Parálisis, Retardo Mental, Mareos, Polineuropatías, Vértigos, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Alzheimer, Miastenia Gravis.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>k.- Enfermedades Hematológicas: Anemia, Mieloma Múltiple, Púrpura Trombocitopénica, Transplante de Médula Ósea.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>l.- Ganglios Linfáticos inflamados, Quistes, Tumores Benignos, Adenomas Benignos de la Mama, Mononucleosis Infecciosa, Citomegalovirus, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>m.-Cáncer.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| <p>n.- Defecto Físico, Anomalía o Enfermedad Congénita o Adquirida.</p> | <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |

o.- Trastornos del Desarrollo Psíquico y/o Somático.

Sí No

p.- Alteración en la Menstruación o en algún Embarazo, en los órganos femeninos o en los senos.

Sí No

q.- Cualquier otra enfermedad o afección no indicada en los literales anteriores. Por favor detalle.

Sí No

12.- ¿Algún familiar de usted o de alguna de las personas a incluir en el seguro ha padecido de Tuberculosis, Diabetes, Cáncer, Enfermedades del Corazón o de los Riñones, Enfermedad Mental o ha cometido Suicidio? En caso de que la respuesta sea afirmativa, indique los datos que se solicitan en la siguiente tabla:

Sí No

13.- ¿Alguna de las mujeres a ser incluidas en el seguro está embarazada?

Sí No

Observaciones:

Si alguna de las preguntas anteriores fue contestada afirmativamente, identifique la persona a incluir en el seguro que se afectó y detalle. En caso de enfermedades describa diagnóstico, fecha, duración, nombre y dirección de los médicos que lo atendieron. Adjunte informe médico o cualquier otro reporte, biopsia, certificaciones y/o documentos relacionados con la enfermedad y/o padecimiento declarado.

Huellas Dactilares

Firma del Propuesto Afiliado
(Titular)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Firma del Asesor

Código:

C.I.