



ASEGURADORA
GENERAL

SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

Nombre del Titular:		
Póliza No.	Vigencia inicial de la Póliza:	Certificado:

IMPORTANTE: PARA HIJOS MENORES DE 1 AÑO DEBE ADJUNTAR INFORME DEL PEDIATRA.

Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Fecha en que se adquirió parentesco	Sexo M / F	Peso (Lbs)	Estatura (Cm)

Si la adición de su Hijo (a) Dependiente corresponde a un parto prematuro reciente favor indicar las semanas de gestación al momento del nacimiento: _____.

DATOS DEL CÓNYUGE

(Si está adicionando su cónyuge favor completar la siguiente información.)

No. Identidad: _____ Pasaporte: _____ Carné de Residente: _____ RTN: _____
Nacionalidad: _____ Teléfono de Residencia: _____ Profesión: _____
Ocupación: _____ Nombre de la Empresa donde Labora: _____
Actividad de la Empresa: _____ Dirección: _____
Teléfono Laboral: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____
Desea usted contratar Seguro de Vida para su cónyuge: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Suma Asegurada: _____

1. Nombre, dirección completa y especialidad de los médicos que atienden regularmente a cualquiera de los miembros de su familia descritos en esta solicitud: _____

2. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud se encuentra en estos momentos bajo la observación de un médico legalmente autorizado a ejercer como tal, tomando algún medicamento o recibiendo tratamiento por algún motivo? (Si su respuesta es "SI" favor detallar y mencionar la persona a la que aplica) _____

3. ¿Alguna de las personas descritas en esta solicitud tienen o han tenido Seguro de Vida y/o Gastos Médicos? SI NO
Aseguradora _____ Tipo de Seguro: _____ Fecha de Contratación: _____

Nombre del Asegurado Titular

Nombre del Cónyuge

Firma del Asegurado Titular

Firma del Cónyuge

Ciudad y fecha en que firma: _____

EL TITULAR DEBERÁ COMPLETAR Y FIRMAR EL CUESTIONARIO DE SALUD ADJUNTO A LA PRESENTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA:

Los familiares dependientes han sido aceptados a partir de: _____ Autorizado por: _____

Fecha: _____ Firma de aprobación Crefisa : _____

CUESTIONARIO DE SALUD

¿Han tenido los familiares dependientes descritos en esta solicitud alguna de las siguientes enfermedades? (Marque SI o NO. De ser afirmativa su respuesta, en el siguiente cuadro detalle en la casilla correspondiente la persona que aplica a el (los) padecimiento (s):

	DEPENDIENTES		NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA PARA LA CUAL ES AFIRMATIVA LA RESPUESTA
	SI	NO	
A) Enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	SI	NO	
B) ¿Desmayos o mareos, convulsiones, dolores de cabeza severos, trastornos mentales o nerviosos, defecto al hablar, parálisis, embolia?	SI	NO	
C) ¿Falta de aire, ronquera o catarro persistente, esputo con sangre, tos crónica, trastornos respiratorios crónicos, bronquitis, asma, pleuresía, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño?	SI	NO	
D) ¿Dolores de pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales, venas varicosas, fiebre reumática, arritmia cardíaca?	SI	NO	
E) ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hernia, hemorroides, indigestión recurrente, gastritis, reflujo gastroesofágico, mala absorción o cualquier otro trastorno del estómago, esófago, vesícula biliar, páncreas, recto y ano, intestino, hígado o vesícula?	SI	NO	
F) ¿Azúcar, albúmina, sangre opus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier otro trastorno del riñón, vejiga, próstata, hernia, trastorno urinario, uréteres, uretra y órganos reproductivos?	SI	NO	
G) ¿Enfermedades de la tiroides o cualquier otro trastorno endocrinológico, diabetes, Dislipidemia, Hiperucemia?	SI	NO	
H) ¿Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota, fiebre reumática?	SI	NO	
I) ¿Deformación, cojera, amputación o menoscabo físico, trastornos de los músculos o huesos, lesiones óseas de la cabeza, espina dorsal, columna vertebral, la espalda y las articulaciones, discos intervertebrales?	SI	NO	
J) ¿Trastornos de la piel, manchas, acné, glándulas linfáticas, quistes, tumor, cáncer?	SI	NO	
K) ¿Alergias, anemia, cualquier otro trastorno de la sangre, bazo, médula ósea, sistema linfático?	SI	NO	
L) Enfermedad por deficiencia inmunitaria, SIDA o lo relacionado al complejo del SIDA (ARC) o resultado positivo de anticuerpos del virus SIDA, Hepatitis B, Hepatitis C, Lupus y otras enfermedades autoinmunes y de la colágena?	SI	NO	
M) ¿Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente?	SI	NO	
N) Además de lo arriba mencionado, durante los últimos cinco años:			
1) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?	SI	NO	
2) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución?	SI	NO	
3) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?	SI	NO	
4) ¿Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía, que no se ha realizado?	SI	NO	
Ñ) ¿Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamientos (incluyendo marihuana), narcóticos o cualquiera otra droga?	SI	NO	
O) ¿Ha recibido o necesita asesoramiento, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol, ansiolíticos, antidepresivos, inductores del sueño?	SI	NO	
P) ¿En algún momento ha solicitado o recibido beneficios o pagos de una pensión debido a un accidente, enfermedad o incapacidad?	SI	NO	
Q) ¿Han padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental?	SI	NO	
R) ¿Cualquier enfermedad o malformación congénita?	SI	NO	
S) ¿Ha sido receptor o donador de órganos? Le han hecho transfusiones de sangre o terapéutica con hemoderivados?	SI	NO	
T) ¿Le han hecho radioterapia y/o quimioterapia?	SI	NO	
SOLO PARA MUJERES			
U) ¿Trastornos femeninos, órganos reproductivos, menstruación, embarazo o problemas de los senos?	SI	NO	
V) ¿Operación cesárea?	SI	NO	
W) Indique fecha de su última menstruación _____ 1) ¿Se encuentra actualmente embarazada? (Si su respuesta es si, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento).	SI	NO	
CUESTIONARIO SOBRE LOS HÁBITOS DEL SOLICITANTE			
X) ¿Usted o cualquiera de los miembros de su familia fuma actualmente, o ha fumado cigarrillos, consume ahora o ha consumido en el pasado alcohol y otras drogas?	SI	NO	
Y) ¿Practica usted o alguno de sus familiares dependientes alpinismo, carreras de autos, motociclismo, buceo, paracaidismo, vuelo delta u otra actividad peligrosa?	SI	NO	
Z) ¿Ha sido o piensa ser, piloto o miembro de la tripulación de un avión particular?	SI	NO	

Firma de asegurado titular: _____

Pregunta E	Persona a la que aplica Carlos Peña	Dolencia o Tratamiento Ulceras Pépticas	Fecha Nov-1990
Duración 6 meses	Nombre del médico Dr. Juan López	Hospital Centro de Salud	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	

Pregunta	Persona a la que aplica	Dolencia o Tratamiento	Fecha
Duración	Nombre del médico	Hospital	