



**Información de la Empresa**

Nombre de la Compañía			Póliza No.
Plan	Certificado No.	Fecha de Ingreso al empleo	Categoría
Ingresos Mensuales		Ocupación	Departamento

**Datos Generales del Empleado**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Fecha de Nacimiento	Dirección de residencia		
Día      Mes      Año			
Cédula / Pasaporte	Peso      Estatura	Teléfono residencia	Teléfono del trabajo
Teléfono celular	Nacionalidad	Estado Civil	Sexo
		Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>

**Nombre de los Beneficiarios**

Nombre Completo	Sexo	Fecha de Nacimiento			Parentesco	%/Suma Asignado	Cédula
		Día	Mes	Año			
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Declaración de Salud

### Ha padecido o le han dicho que padece de:

1. Trastorno de los ojos, oídos, nariz y garganta. .... SI  NO
2. Mareo, desmayo, convulsiones, dolores de cabeza, defecto al hablar, parálisis, embolia trastornos mentales o nerviosos .... SI  NO
3. Falta de aire, ronquera o catarro persistente, expectorar sangre, bronquitis, pleuresia, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios crónicos. .... SI  NO
4. Dolores en el pecho, palpitaciones, presión arterial alta o baja, fiebre reumática, soplo en el corazón, o cualquier otro trastorno del corazón o vasos arteriales. .... SI  NO
5. Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente o cualquier otro trastorno del estómago, intestino, hígado o vesícula. .... SI  NO
6. Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, nefritis, piedras o cualquier trastorno en el riñón vejiga, próstata u órganos reproductivos. .... SI  NO
7. Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrinólogo. .... SI  NO
8. Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o trastorno en los músculos o huesos. .... SI  NO
9. Deformación, cojera o amputación. .... SI  NO
10. Trastornos de la piel, glándulas linfáticas, quistes, tumor o cáncer. .... SI  NO
11. Alergias, anemia o cualquier otro trastorno de la sangre. .... SI  NO
12. Trastorno del sistema inmunológico. .... SI  NO
13. Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Condiciones Asociadas al SIDA, o prueba que resultó positiva para la detección de una infección por el virus del SIDA. .... SI  NO
14. Fuma? Si \_\_\_\_\_ Número de Cigarrillos diarios que fuma \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_ Fecha en que dejó de fumar \_\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_
15. Ingiere bebidas alcohólicas? No \_\_\_ Si \_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Clase \_\_\_\_\_ Cantidad (copas) \_\_\_\_\_
16. Ha habido en su familia casos de diabetes, cáncer, epilepsia, infarto, suicidio, trastornos mentales?  
Ha tenido usted en los últimos cinco años: .... SI  NO
17. Algún trastorno mental o físico que no haya sido mencionado anteriormente? .... SI  NO
18. Ha tenido un examen, consulta, recomendación médica, enfermedad o herida, o cirugía? .... SI  NO
19. Ha estado como paciente en un hospital, clínica, sanatorio o cualquier otra facilidad médica? .... SI  NO
20. Le han efectuado un electrocardiograma, rayos-x, o cualquier otro examen para diagnóstico? .... SI  NO
21. Le ha sido recomendado hacerse algún examen para diagnóstico, hospitalización o cirugía que no haya sido realizado? .... SI  NO
22. Está usando o ha usado alguna vez barbitúricos, anfetaminas, drogas que producen alucinamiento (incluyendo marihuana, narcóticos, o cualquier otra droga, con la excepción de aquellas ordenadas por un médico? .... SI  NO
23. Ha recibido alguna vez, anteriormente, consejo o tratamiento en relación al uso de drogas o alcohol? .... SI  NO
24. En algún momento ha sido o recibido beneficios o pagos de una pensión, debido a un accidente, enfermedad o incapacidad? .... SI  NO
25. Ha tenido alguna vez trastorno debido a su menstruación, problemas ginecológicos embarazo o problemas de los senos? .... SI  NO
26. Se encuentra embarazada en estos momentos?  
Si se encuentra, favor indicar fecha en que se espera el alumbramiento. .... SI  NO
27. 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  NO

### Si alguna de las respuestas son afirmativas, favor indicar lo siguiente:

Nombre de la pregunta, nombre y dirección del médico que le atiende, diagnóstico y medicamentos recetados y toda aquella información que nos facilite la evaluación de su declaración. En caso de ser necesario puede utilizar página adicional y al final firmarla y fecharla.

Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra facilidad u otra persona relacionada médicamente de proveer a la Compañía información relacionada a mi salud, incluyendo copia de registros respecto a consejos, cuidados o tratamientos, sin limitación a información relacionada a enfermedades mentales o en el uso de drogas o alcohol.

Fecha

Firma del Solicitante