

Nombre de la Empresa: _____

Póliza No. _____ Efectividad _____ No. De Certificado _____

Nombres del Asegurado _____

Fecha de Nac.: _____ Sexo: Masculino Femenino Estado Civil: Soltero Casado Cédula: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____ Fecha de Empleo: _____

Salario Mensual RD\$ _____

HISTORIAL CLÍNICO

Ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento, o ha tenido alguna indicación de:

Si	No
----	----

	Si	No
1) Enfermedad de los ojos, oídos, nariz o garganta?		
2) Mareos, desmayos, convulsiones, jaquecas, afección del habla, parálisis o apoplejía, trastorno mental nervioso?		
3) Hongos, ronquera o tos persistente, esputos de sangre, bronquitis, pleuresía, asma, enfisema, tuberculosis o trastornos respiratorios?		
4) Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataque cardiaco u otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos?		
5) Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar?		
6) Azúcar, albúmina, sangre o pus en la orina, enfermedades venéreas, cálculos u otros trastornos renales, de la vejiga, próstata u órganos reproductivos?		
7) Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino?		
8) Neuritis, ciática, reumatismo, artritis, gota o desorden de los músculos o huesos, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?		
9) Deformidad, cojera o amputación?		
10) Enfermedad de la piel, ganglios linfáticos, quiste, tumor o cáncer?		
11) Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?		
12) Ha sido usted objeto de diagnóstico o tratado por un miembro de la profesión médica como afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Complejo Relacionado con el SIDA?		
13) Esta usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico?		
14) Además, de lo arriba mencionado, durante los últimos 5 años:		
a) Ha sufrido alguna enfermedad mental o física no mencionada anteriormente?		
b) Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?		
c) Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?		
d) Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?		
e) Se le aconsejó alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?		
15) Ha padecido alguna vez sus padres, hermanos o hermanas de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca o renal, enfermedad mental?		

Detalles de las respuestas afirmativas:

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Nombre Completo	Parentesco	Por ciento(%) Asignado	Fecha de Nacimiento

Todas las declaraciones y respuestas contenidas en la Parte 1 y Parte 2 de esta solicitud y en cualquier cuestionario de declaración de asegurabilidad con relación a esta solicitud, a mi (nuestro) leal saber y entender son fieles y exactas. Autorizo (autorizamos a cualquier medico, hospital o clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros o de reaseguros, la Oficina de Información Medica o agencia de información sobre el consumidor, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento o pronosis de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental, o que posea información que no sea medica sobre mi persona (nosotros) para que suministre a ARS BMI, S. A., o su representante legal toda la información que le sea solicitada. Esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se indica a continuación. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

Firma del Asegurado Propuesto

Fecha