

SOLICITUD DE INGRESO SEGURO DE SALUD

Fecha de efectividad: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

TIPO DE NOVEDAD

Inclusión titular       Inclusión dependiente       Cambio de plan       Otros \_\_\_\_\_

PLAN

PDSS       Esencial Plus       Superior       Royal       Max       Prime       Platinum       Otro \_\_\_\_\_

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre completo | RNC/Cédula | Póliza

DATOS DEL TITULAR

Nombre(s) | Apellido(s) | No. Afiliado / Asegurado

Estas informaciones solo aplican para inclusión de titular y cambio de plan

Estado civil <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Fecha de nacimiento (día, mes y año)	Edad
Documento identificación <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	Nacionalidad		
Dirección domicilio		Nombre condominio y/o edificio	
Apto. No.	Sector	Ciudad	Celular
Teléfono casa	Teléfono oficina	Ocupación	
Lugar de Trabajo	Peso (libras)	Estatura (pies/pulg.)	
Correo electrónico		Código millas Advantage <small>(Aplica solo Plan Platinum)</small>	

DEPENDIENTES

Nombre completo	Cédula o pasaporte	Nacionalidad	Parentesco	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Sexo (F/M)	Peso (libras)	Estatura (pies/pulg.)
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			

## DECLARACIÓN DE SALUD (No aplica para el PDSS)

Seleccione y/o complete la(s) respuesta(s) correspondiente(s) para usted y su(s) dependiente(s) que solicitan cobertura del seguro y estén citados en este documento, para las preguntas indicadas a continuación:

1. ¿A usted o a alguno de sus dependientes que solicitan cobertura para este seguro se le ha diagnosticado, examinado, realizado tratamiento médico o quirúrgico para alguna condición, lesión o afección médica, física, mental o nerviosa?  Sí  No
2. ¿Tiene usted o algún dependiente que solicite cobertura para este seguro algún defecto y/o trastorno genético o limitación física, sea esta congénita o adquirida?  Sí  No
3. ¿Padece usted o alguno de sus dependientes que solicitan cobertura para este seguro: enfermedades del sistema nervioso incluyendo, pero no limitado a, epilepsia, meningitis, neurastenia, fibromialgia, hemiplejía, neuralgia, disreflexia autonómica, desmayos, vértigos, convulsiones, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ataxia de Friedreich, trastornos de la hipófisis o neuropatías periféricas?  Sí  No
4. Enfermedades neurológicas y/o trastornos mentales incluyendo, pero no limitando a: retardo mental, demencia, atrofia muscular espinal (AME), Alzheimer, enfermedad de Huntington, dolores de cabeza crónicos, migrañas, accidente cerebrovascular, derrame cerebral o ataques isquémicos cerebrales transitorios, mielitis, encefalitis, alteraciones de nervios craneales, psicosis, esquizofrenia, depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastornos alimenticios, trastornos de conducta, abuso y dependencia de sustancias ilícitas o controladas, psicoterapéuticas, drogas en cualquiera de sus tipos o esteroides.  Sí  No
5. Trastornos autoinmune incluyendo, pero no limitando a: tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, artritis reumatoide, lupus eritematoso o sistémico, dermatomiositis, síndrome de Sjogren, miastenia grave, síndrome de Reiter, bocio tóxico, enfermedad de Graves Basedow, enfermedad de Addison, Guillain- Barré (SGB).  Sí  No
6. Enfermedades del corazón, cardiovasculares y/o circulatorias, incluyendo, pero no limitando a: insuficiencia cardíaca congestiva, ataque cardíaco, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, alta presión sanguínea o hipertensión arterial, baja presión sanguínea, inflamación de pies y tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática, soplo del corazón, infarto, valvulopatía, bloqueo auriculoventricular, fibrilación, marcapasos o colocación de stent, insuficiencia venosa.  Sí  No
7. Enfermedades del sistema endocrino, incluyendo, pero sin limitarse a: diabetes mellitus en cualquiera de sus tipos, obesidad, hipotiroidismo, hipertiroidismo, nódulos tiroideos, trastornos de la glándula tiroidea, trastorno de la glándula suprarrenal, hiperglicemia.  Sí  No
8. Enfermedades de ojos, oídos, nariz, boca, garganta mandíbula, incluyendo, pero sin limitarse a: cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, faringitis, trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).  Sí  No
9. Enfermedades del sistema respiratorio, incluyendo, pero sin limitarse a: tos crónica, asma, tuberculosis, enfisema, bronquitis, neumonía, edema pulmonar, émbolo pulmonar, colapso total o parcial del pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).  Sí  No
10. Trastornos gastrointestinales incluyendo, pero no limitando a: problemas del hígado, hepatitis en cualquiera de sus tipos, páncreas, trastornos de la vesícula biliar, sistema digestivo, estómago o intestinos, reflujo esofágico, hernia hiatal, gastritis, úlceras, trastorno del recto y del colon, pólipos intestinales, hemorroides.  Sí  No
11. Enfermedades osteomusculares incluyendo, pero no limitando a: fracturas, reumatismo, artritis, gota, tendinitis, osteoporosis, artrosis, condromalacia, espina bífida, síndrome del túnel carpiano, colocado o retiro pendiente de material de osteosíntesis.  Sí  No
12. Enfermedades de la sangre, transfusión sanguínea, vasos sanguíneos, arterias, venas o trastornos sanguíneos, incluyendo, pero sin limitarse a: anemia en cualquiera de sus tipos, hemofilia, anemia falciforme, leucemia, colesterol alto, hiperlipidemia, hemoglobinopatía, venas varicosas; coagulopatías, incluyendo pero sin limitarse a: hemofilia A y B, deficiencia del factor II, V, VII, VIII, X y XII; púrpura trombocitopenia idiopática (PTI), coagulación intravascular diseminada (CID), trombocitopenia inmune, trombocitopenia trombótica, defectos de la función plaquetaria.  Sí  No
13. Cáncer, quistes, pólipos, melanoma, sarcoma de Kaposi, protuberancia o tumor de cualquier tipo, masas, linfomas, fibromas u otro tipo no especificado, favor indicar diagnóstico y tratamiento en el recuadro debajo.  Sí  No
14. Enfermedades del sistema genitourinario incluyendo pero sin limitarse a : tumores en cualquier órgano genitourinario, hiperplasia, displasia, quiste de ovario, sangrado genital fuera de la menstruación, trastornos de útero y/o trompas, enfermedades de la próstata, hidrocele, hipospadias, torsión testicular, trastornos en la vejiga, hematuria, infecciones del tracto urinario, insuficiencia renal, cálculo renal, quiste renal o enfermedad poliquística del riñón, glomerulonefritis, hidronefrosis.  Sí  No
15. ¿Está usted o alguna de sus dependientes embarazada? En caso afirmativo, indique quién y cuántas semanas en el recuadro debajo.  Sí  No
16. ¿Fuma o ha fumado usted y/o alguno de sus dependientes? En caso afirmativo ¿Quién(es)? \_\_\_\_\_ ¿Qué? \_\_\_\_\_  
¿Cuántos? \_\_\_\_\_ Frecuencia  Diario  Semanal  Mensual  
Si es exfumador, indique hace cuánto tiempo dejó de fumar. \_\_\_\_\_  Sí  No
17. ¿Consume o consumía usted o alguno de sus dependientes bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, ¿Quién(es)? \_\_\_\_\_  
Cantidad \_\_\_\_\_ Tipo de alcohol \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia las consume?  Diario  Semanal  Mensual  Sí  No
18. ¿Practica o practicó usted y/o alguno de sus dependientes que solicitan cobertura para este seguro algún deporte? ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
¿Quién(es)? \_\_\_\_\_  Sí  No
19. ¿Padece usted o alguno de sus dependientes que solicita cobertura para este seguro alguna otra enfermedad, condición, lesión y/o padecimiento y/o tratamiento médico o quirúrgico que no haya sido mencionado anteriormente? En caso de ser afirmativo, favor indicar detalles en el recuadro debajo.  Sí  No

