

**SOLICITUD SEGURO INDIVIDUAL  
RENDA DIARIA POR HOSPITALIZACION (RDH)  
CON ESPERA PERO SIN FRANQUICIA**

**I. DATOS GENERALES**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_  
 Lugar y Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
 Identidad No. \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Peso Lbs. \_\_\_\_\_ Estatura Mts: \_\_\_\_\_  
 Profesión: \_\_\_\_\_ Dirección Completa de Residencia \_\_\_\_\_  
 Zona: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Ave: \_\_\_\_\_ Bloque: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_  
 Pasaje: \_\_\_\_\_ Peatonal: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
 Referencia de Dirección: \_\_\_\_\_ No. Teléfono: \_\_\_\_\_ Apartado Postal: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_ Patrono: \_\_\_\_\_  
 Cargo que Desempeña: \_\_\_\_\_  
 Es de tipo Manual o de Supervisión: \_\_\_\_\_ Tiempo de Laborar en la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Dirección Completa de la Empresa: Bo. o Colonia: \_\_\_\_\_  
 Zona: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_ Ave.: \_\_\_\_\_ Bloque: \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_  
 Pasaje o Peatonal: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE PERSONAS ESTADOUNIDENSES (FATCA)**

Número de Identificación Tributaria \_\_\_\_\_ (TIN)/Social Security Number (SSN) \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad 2 \_\_\_\_\_ No. Carné de Ciudadano \_\_\_\_\_ No. Carné de Residente \_\_\_\_\_

**II. ANTECEDENTES DE SALUD**

- a) Padece o ha padecido de alguna enfermedad Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- b) Le han practicado alguna operación quirúrgica, o se encuentra actualmente bajo tratamiento médico. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- c) Adolece de algún defecto físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardíacas, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, insuficiencia renal, diabetes, hepatitis, enfermedades mentales, Cirrosis, parálisis, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades coronarias, enfermedades autoinmunes o SIDA. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- d) Tiene usted alguna dificultad física o mental para el desempeño de sus tareas laborales. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detallar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**III. COBERTURA SOLICITADA**

A. Individual  B. Matrimonial  Grupo Familiar

**IV. DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA SEGURO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION (CONYUGE E HIJOS)**

NOMBRE COMPLETO	IDENTIDAD	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO