

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL FAMILIAR DEPENDIENTE

El dependiente debe llenar este formulario como una prueba de consentimiento de inscripción al seguro y estado de su salud, el mismo, deberá enviarse al Departamento de Seguros de Vida de la Compañía Aseguradora, adjunto a la solicitud de inscripción del asegurado titular.

INFORME DEL FAMILIAR DEPENDIENTE

Contratante de la Póliza _____

1. Nombre del Asegurado Titular:

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
----------	------------------	-------------------	---------------------

2. Nombre del Familiar Dependiente:

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
----------	------------------	-------------------

3. Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____ Edad _____

4. D.N.I _____ Sexo _____ Estatura _____ Peso (Lbs.) _____ Parentesco con el Asegurado Titular _____

Dirección de Residencia: _____

No. Tel: _____ No. Cel.: _____

Profesión u oficio: _____

Favor contestar las preguntas a continuación descritas con "Sí" o "No".

5. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

Enfermedad	Si	No	Enfermedad	Si	No	Enfermedad	Si	No
Trastorno de las Vías Digestivas			Artritis o Reumatismo			Cualquier Defecto, Amputación o Menoscabo Físico		
Trastorno de la Sangre			Trastorno del Recto					
Venas Varicosas			Trastorno Urinario			Enfermedades o Defectos de la Vista, Oído, Nariz o Garganta		
Enfermedades del Corazón			Enfermedades Venéreas					
Desmayos o Mareos			Insuficiencia Renal o Enfermedades de los Riñones			Trastornos de la Vesícula Biliar		
Alta o Baja Presión			Enfermedades Cerebrovasculares, Lesiones de la Cabeza o Espina Dorsal			Albúmina, Azúcar en la Orina		
Convulsiones			Diabetes			Prostatitis		
Trastornos Nerviosos			Hernia			A sufrido algún accidente grave		
Tuberculosis			Bocio			Cirrosis		
Dolores de Cabeza Severos			Cáncer			¿Está actualmente Embarazada? ¿Meses? _____		
Enfermedades mentales			Trastorno Glandular			Operación Cesárea		
Epilepsia			Tumores			Otras enfermedades Especifique:		

6. ¿Se encuentra usted actualmente con buen estado de salud? _____ En caso negativo, dé detalles _____

7. ¿Ha estado usted ausente de su trabajo por enfermedades o accidentes durante los últimos tres meses? _____

8. ¿Ha consultado a un médico durante los últimos doce meses? _____

9. ¿Tiene usted intención o se le ha recomendado ser intervenido(a) quirúrgicamente? _____

En caso de que alguna de las interrogantes anteriores tenga respuesta afirmativa, detalle a continuación:					
Dolencia	Tratamiento	Fecha de Dolencia	Duración del Tratamiento	Nombre del Médico	Nombre del Hospital/Clinica

--	--	--	--	--	--

10. ¿Le ha sido alguna vez negado o pospuesto algún seguro de Vida o de Salud? _____

11. ¿Ha estado o está asegurado actualmente con alguna otra póliza de Médico Hospitalario? En caso afirmativo, dé el nombre del Patrono o Contratante y la fecha del seguro

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Equidad Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar. **AUTORIZO** a todo Médico, Clínica u Hospital y otros establecimientos que me hayan asistido o puedan asistirme en el futuro por circunstancias de salud, para que suministren a Equidad Compañía de Seguros S.A., los informes que requieran en relación al Seguro que yo solicito, eximiéndolos de cualquier prohibición legal que exista sobre la información brindada referente a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta Autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original. Asimismo, queda entendido que esta solicitud se regirá conforme a las estipulaciones de las condiciones generales y particulares de la póliza.

Firma del Familiar Dependiente (No se requiere la del niño dependiente) _____

Firma del Titular

Fecha