



- Póliza Nueva
- Adición de Dependiente
- Rehabilitación
- Cambio de Plan
- Inclusión

### Frecuencia de Pago

- Anual
- Semestral
- Otra

Planes		Deducibles	
<input type="checkbox"/>	Optimum Plus	<input type="checkbox"/>	Opción I \$1,000
<input type="checkbox"/>	Optimum	<input type="checkbox"/>	Opción II \$2,000
<input type="checkbox"/>	Security	<input type="checkbox"/>	Opción III \$3,000
<input type="checkbox"/>	Advance	<input type="checkbox"/>	Opción IV \$5,000

### Contratante

Número de Póliza  Nombre o razón social

Dirección

No. de contribuyente o equivalente  Teléfono

Representante legal

Datos del representante legal

Correo electrónico

### Solicitante

Primer Nombre  Inicial segundo nombre  Primer Apellido

Apellido Materno

Fecha de nacimiento  Sexo  F  M

Cédula/Pasaporte  Edad  Peso  Lbs/Kgs Estatura  Pies/Mts.

País de Residencia  Ciudad/Provincia

Dirección de Residencia

Sector

Tel. Residencia  Tel. Celular  Tel. Oficina

Fax  Correo electrónico

Empresa donde labora  Ocupacion/Cargo

Dirección

Sector  Ciudad

País



Nombres de los dependientes		Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Nombres	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	d   d m   m a   a   a   a	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge			Lbs/Kgs	Pies/Mts.
Nombres	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	d   d m   m a   a   a   a	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge			Lbs/Kgs	Pies/Mts.
Nombres	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	d   d m   m a   a   a   a	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge			Lbs/Kgs	Pies/Mts.
Nombres	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hijo	d   d m   m a   a   a   a	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Cónyuge			Lbs/Kgs	Pies/Mts.

¿Los hijos de 19 a 24 años son estudiantes a tiempo completo?

Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, mencione el nombre y el número de teléfono de la Universidad:

Nombre Hijo

Universidad  No. Teléfono

Nombre Hijo

Universidad  No. Teléfono

## Sección A

¿Según su mejor entendimiento y conocimiento, hay alguna persona nombrada en esta solicitud que haya padecido de alguna de las siguientes enfermedades?

1. ¿Artritis, neuritis, reumatismo, osteoporosis, lumbago, hernia discal, escoliosis, u otros padecimientos de la columna dorsal u otros trastornos músculo esqueléticos?  Sí  No

2. ¿Embolia, trombosis, migraña, dolores de cabeza u otros padecimientos cerebro vasculares?  Sí  No

3. ¿Epilepsia, desmayos, mareos, crisis nerviosa, ansiedad, depresión, convulsiones u otros padecimientos del cerebro o sistema nervioso?  Sí  No

4. ¿Visión defectuosa, glaucoma, cataratas, otitis, laberintitis, mala audición u otros padecimientos de la vista y/o del oído?  Sí  No

5. ¿Presión arterial alta, problemas del corazón, soplos, valvulopatías, angina, infarto, varices, flebitis, patología cardiaca u otros padecimientos del Sistema Cardiovascular?  Sí  No

6. ¿Tuberculosis, enfisema, bronquitis, rinitis, sinusitis, amigdalitis, asma, alergias u otros padecimientos del Sistema Respiratorio?  Sí  No

7. ¿Hernia hiatal, reflujo gastroesofágico, gastritis, úlceras, colitis, hepatitis, diverticulosis, hemorroides, problema de los intestinos, recto, hígado, vesícula biliar, páncreas y otros padecimientos del Sistema Digestivo?  Sí  No

8. ¿Cálculos renales, nefritis, infecciones urinarias, sangre en la orina, padecimientos del riñón u otros padecimientos del Sistema Urinario?  Sí  No



9. ¿Padecimientos de la próstata, testículos, varicocele u otros padecimientos de los órganos reproductivos masculinos?  Sí  No

10. ¿Anemia, anemia falciforme, hemofilia, trastornos de la coagulación, fiebre reumática u otros padecimientos sanguíneos?  Sí  No

11. ¿Diabetes, colesterol y/o triglicéridos altos, padecimientos de la tiroides, gota, crecimiento y/o inflamación de ganglios linfáticos o trastornos endócrinos?  Sí  No

12. ¿Cáncer, tumor, quistes, leucemia? ¿Ha recibido quimioterapia, radioterapia o tratamiento alterno? Detalle en cuadro inferior  Sí  No

13. ¿Prótesis, implantes, amputación, secuelas de algún tipo de limitación funcional?  Sí  No

14. ¿Alguna deformidad, enfermedad o defecto congénito, pérdida del uso de la audición, ojo(s) o algún miembro?  Sí  No

15. ¿Ha recibido transfusión de sangre? ¿Por qué?  Sí  No

16. ¿Usa o ha usado sustancias psicoactivas o estimulantes? ¿Tiene o ha tenido alguna vez dependencia alcohólica?  Sí  No

17. ¿Enfermedades de transmisión sexual, gonorrea, sífilis, clamidia, infección por virus del papiloma humano, herpes u otras?  Sí  No

18. ¿Ha tenido alguna enfermedad, padecimiento, signo, accidente o desorden fisiológico, que no se haya mencionado en este cuestionario?  Sí  No

19. ¿Está usted embarazada? Favor indicar semanas de embarazo  Sí  No

20. ¿Abortos, dolor pélvico, endometriosis, tumores, quistes, cualquier tipo de masas, cervicitis, enfermedades de los senos, ovarios, trompas, trastornos menstruales, hemorragias menstruales, alteraciones menstruales o desordenes de los órganos reproductivos?  Sí  No

## Sección B

Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, habrá alguna persona nombrada en esta solicitud que:

1. Haya consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A.  Sí  No

2. Haya tenido alguna alteración de buena salud que no haya sido mencionada en la sección A o en la primera pregunta de esta sección.  Sí  No

3. Haya tenido un examen físico.  Sí  No

Si usted ha indicado SI en alguna parte de la Sección A o Sección B, por favor indique por escrito la siguiente información. (Si se requiere más espacio para escribir, se puede dar más detalle en otra hoja).

Nombre del Paciente	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre y dirección del Hospital



Nombre del Paciente	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre y dirección del Hospital

¿Alguna compañía de seguros le ha declinado, aplazado, recargado o limitado un seguro de vida, de accidente o de salud a usted o a alguno de los dependientes nombrados? En caso de contestar afirmativo ¿Por qué razón?  Sí  No

¿Ha tenido o tiene Seguros de Gastos Médicos /Salud vigentes?  Sí  No

Nombre de compañía

Número de Póliza

Nombre del Asegurado

Compañía Aseguradora

Tipo de Póliza

Fecha en que se emitió la póliza

¿Tuvo alguna reclamación?  Sí  No En caso afirmativo especificar

**Queda entendido y convenido que:**

A. Worldwide Medical Assurance (de aquí en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La suscripción del presente formulario no implica la aceptación automática de los asegurados. La Cobertura provista por La Compañía no entra en vigor hasta la emisión de la póliza.

B. Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según su conocimiento y entender. En caso de omisión, respuestas fraudulentas o incompletas con respecto a lo declarado en la presente solicitud, la Compañía podrá ejercer su derecho de anular o cancelar el contrato.

C. Con presentar una fotocopia o el original de este cuestionario, autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra facilidad, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente durante toda la vigencia del contrato de proveer a La Compañía con información, incluyendo de registros respecto a consejos, cuidado o tratamiento proporcionados a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
**Manuel O. Matos Brea & Asociados**  
Nombre del Agente

\_\_\_\_\_  
Firma del Agente



**Comentarios adicionales**

Area for additional comments, consisting of seven horizontal grey bars.