

## Solicitud Para Seguro Colectivo de Vida y Ultimos Gastos

### Datos del Solicitante

Nombres _____		Apellidos _____	
Cédula _____	Fecha de Nacimiento _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dirección _____		Apartamento y Edificio _____	
Sector _____		Ciudad _____	
Teléfono _____	No. Empleado _____	Empresa Asegurada _____	
Teléfono Empresa _____	Fecha de Ingreso _____	Sueldo Mensual RD\$ _____	
Ocupación _____			

### Beneficiarios Seguro de Vida y/o Ultimos Gastos

Nombres y Apellidos	Cédula	Fecha de Nacimiento			Edad	Porcentaje	Parentesco
		Día	Mes	Año			

### Dependientes Seguro Ultimos Gastos

Nombres y Apellidos	Cédula	Fecha de Nacimiento			Edad	Parentesco
		Día	Mes	Año		

### Antecedentes Médico de los Solicitantes

Según su conocimiento, alguna de las personas nombradas en esta solicitud ha padecido algunos de los siguientes síntomas y/o enfermedades:

	Si	No		Si	No
1. Deformidad, amputación o incapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, fiebre reumática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Tuberculosis, asma, bronquitis o cualquier otra enfermedad pulmonar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cáncer o tumores malignos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Artritis, reumatismo, artritis deformativa, padecimiento en la espina dorsal, huesos, articulaciones o los músculos, gota.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cálculos y/o alteración en los riñones o en la vejiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. (Femenino) alteraciones o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, quiste en senos u otros órganos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Goiter, alteración en la tiroides, diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. (Masculino) alteraciones en la próstata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Epilepsia, gota, enfermedades mentales o nerviosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Adicción a las drogas y/o alcohol, por la cual ha sido tratada y/o hospitalizada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Está embarazada, en caso afirmativo indicar período de embarazo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alteración de la vesícula, del estómago, del hígado o los intestinos, páncreas, hernias, úlceras, hemorroides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Otra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Catarata u otra alteración de los ojos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

