



6 Detalles de contacto del miembro principal

Contacto Particular			Contacto de Oficina			
	Cod. País	Cod. Área	Número	Cod. País	Cod. Área	Número
Teléfono						
Fax						
Móvil						
correo-electrónico			correo-electrónico			
Indique la forma de contacto de su preferencia:						

7 Personas adicionales a incluir en la cobertura



Si cualquiera de las direcciones de residencia o correspondencia de los dependientes varían de la suya, le rogamos nos indique los detalles completos en una página aparte y lo indique en este cuadro

1° Dependiente

Sr/Sra/Srta		Nombre																	
Iniciales		Apellidos																	
Sexo (indique)	 	Nacionalidad						Primer idioma											
Profesión								Fecha nacimiento											Edad último cumpleaños
Nexo: ej. hijo, hija, esposa																			



¿Desea contratar cobertura Mundial Latinoamérica solo

2° Dependiente

Sr/Sra/Srta		Nombre																	
Iniciales		Apellidos																	
Sexo (indique)	 	Nacionalidad						Primer idioma											
Profesión								Fecha nacimiento											Edad último cumpleaños
Nexo: ej. hijo, hija, esposa																			



¿Desea contratar cobertura Mundial Latinoamérica solo

3° Dependiente

Sr/Sra/Srta		Nombre																	
Iniciales		Apellidos																	
Sexo (indique)	 	Nacionalidad						Primer idioma											
Profesión								Fecha nacimiento											Edad último cumpleaños
Nexo: ej. hijo, hija, esposa																			

¿Desea contratar cobertura Mundial Latinoamérica solo

4° Dependiente

Sr/Sra/Srta		Nombre																	
Iniciales		Apellidos																	
Sexo (indique)	 	Nacionalidad						Primer idioma											
Profesión								Fecha nacimiento											Edad último cumpleaños
Nexo: ej. hijo, hija, esposa																			

¿Desea contratar cobertura Mundial Latinoamérica solo

Por favor asegúrese de indicar cualquier condición que conozca o sospeche y los síntomas que presente cualquier miembro a incluir en esta aplicación

Al rellenar el cuestionario asegúrese de responder todas las preguntas de manera precisa. El no hacerlo podría afectar el pago de las reclamaciones.

PARTE A

Tome en cuenta que las seis preguntas siguientes se refieren a cada una de las personas indicadas Responda cada pregunta con claridad indicando en uno de los cuadros correspondientes SI/NO	SOLICITANTE		1º DEPENDIENTE		2º DEPENDIENTE		3º DEPENDIENTE		4º DEPENDIENTE	
	Nombre		Nombre		Nombre		Nombre		Nombre	
1. ¿Ha estado ingresado en algún hospital o residencia en los últimos cuatro años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha consultado a algún médico y/o le han recetado medicamentos en los últimos cuatro años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha sido usted o cualquiera de los dependientes indicados diagnosticado, tratado, recibido consejo o asesoramiento durante los últimos cuatro años por cualquiera de lo siguiente?										
Cáncer: tumores u otros síntomas malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades o problemas cardiovasculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones reproductivas, incluidos problemas ginecológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones intestinales o endocrinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecciones cerebrales o del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecciones del sistema inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones de los pulmones respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones otorrinolaringológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas urino renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Afecciones óseas, de articulaciones y músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condiciones cutáneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionales, psicológicos, mentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dependencia del alcohol o drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechazo de trasplante y/u órgano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier otra condición médica que pueda afectar su solicitud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Existe cualquier condición médico dental crónica/largo plazo o cualquier otra incapacidad, anomalía, enfermedad o lesión recurrente conocida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Existe alguna necesidad conocida o previsible para consultar a algún médico u otro profesional sanitario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Está tomando actualmente algún medicamento o existe alguna necesidad previsible para tomar algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE B (Escriba todo en letra mayúscula)

Esta parte procede si ha respondido "SI" a cualquier pregunta en la parte A del cuestionario médico. Debe indicar en su solicitud cualquier condición médica pasada o presente de todos los solicitantes de esta póliza.

Indique el síntoma o condición médica para cada una de las personas que contestó "SI" a cualquiera de las preguntas del cuestionario, incluyendo las condiciones que no fueron diagnosticadas por un médico.

Indique la condición médica o síntoma en el recuadro número 3 e indique todos los detalles en los recuadros 4, 5 y 6. Por favor escriba con LETRAS MAYUSCULAS.

1. Nombre de la persona	2. Número de pregunta	3. Condición médica o síntoma	4. Visitas médicas y tratamiento recibido con fechas	5. Futuras visitas médicas o tratamiento previsto	6. Estado actual de la condición/síntoma

