

“Solicitud para Examen de Riesgo Preferente en Gastos Médicos”

Fecha:

Nombre:

Edad: _____

Solicitud de riesgo preferente:

Inicial ____ Renovación ____ Cambio _____

No. Póliza: _____

¿Se le ha negado en ocasiones anteriores el descuento de riesgo preferente?:

Sí ____

No ____

En caso afirmativo señale fecha y causa:

¿Padece alguna enfermedad?: Sí ____ No ____ En caso afirmativo proporciones detalles:

¿Ha padecido algunas de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|--|--------|--------|
| - Hipertensión arterial, problemas del corazón o varices | SI () | NO () |
| - Hemorroides o varices | SI () | NO () |
| - Asma bronquial | SI () | NO () |
| - Úlcera gástrica o duodenal, hernia hiatal | SI () | NO () |
| - Otro tipo de hernias | SI () | NO () |
| - Cálculos urinarios | SI () | NO () |
| - Hiper o hipotiroidismo | SI () | NO () |
| - Desmayos, convulsiones | SI () | NO () |
| - Artritis, problemas de columna o discos intervertebrales | SI () | NO () |
| - Lesiones en rodillas | SI () | NO () |
| - Tumores | SI () | NO () |
| - Cualquier otra enfermedad que tarde más de una semana en sanar | SI () | NO () |

En caso afirmativo proporcione detalles:

Está actualmente recibiendo cualquier tipo de tratamiento médico:

Sí ____ No ____

En caso afirmativo diga cuál:

¿Se ha sometido a alguna cirugía o tratamiento de alguna enfermedad en los últimos 5 años?:

Sí ____ No ____

En caso afirmativo proporcione detalles (fecha, tipo de cirugía, evolución y estado actual):

¿Ha sufrido alguna lesión de la cual no esté aún completamente recuperado?: Sí ___ No ___ En caso afirmativo proporcione detalles

¿Fuma?: Sí ___ No ___ (Se pondrá como respuesta negativa solo en el caso de que no haya consumido tabaco o alguna de sus formas y en ninguna cantidad en el último año)

¿Practica algún deporte o actividad peligrosa?: Sí ___ No ___ En caso afirmativo proporcione detalles (tipo de actividad, frecuencia, condiciones en que la practica, etc.)

En caso de ser mujer, ¿está embarazada?:

No ___ Si ___ ¿Cuántos meses de embarazo tiene? _____

¿Padece o ha padecido de quistes en mamas, ovarios o miomas uterinos?

Estatura: _____ mts. Peso: _____ kgs.

Nombre y clave del asesor: _____

Promotoria: _____

Firma del solicitante: _____

Nota: Esta solicitud deberá ser contestada y firmada por cada una de las figuras que integren la póliza.