

## Declaración de Salud

Está Usted (su esposa) embarazada?  Si  No En caso afirmativo ¿cuántas semanas?

Transcurre normalmente?  Si  No En caso negativo, explique

Marque con una X si alguno de sus dependientes ha padecido alguna(s) de las enfermedades o afecciones indicadas a continuación, en caso afirmativo especifique quien

- Enfermedades cardiacas  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)
- Hipertensión Arterial  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)
- Cáncer  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)
- Diabetes  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)
- Enfermedad de los Riñones  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)
- Afecciones de la Próstata  Esposa  Hijo  Padre  Madre  Hermano  Abuelo(a)  Tío(a)  Otro (indique)

Ha padecido alguno de sus dependientes alguna enfermedad o lesión durante los últimos tres meses?  Si  No En caso afirmativo, quien y el tipo de lesión o enfermedad

Se ha recomendado a alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento?  Si  No En caso afirmativo, especifique las sigtes. informaciones

Fecha	Nombre del Paciente	Tratamiento	Duración	Nombre del médico	Nombre de la clínica

Certifico que las respuestas a las preguntas que anteceden son verdaderas, exactas, completas y obligatorias para todos las partes interesadas en el seguro solicitado y que constituye la base y condición para obtención del seguro de salud.

Firma del Titular

Fecha



Fecha solicitud

### Datos de la Empresa

RNC

Nombre de la empresa

Nombre y apellido del afiliado

Contrato

No. afiliado

Cédula

Pasaporte

96 - 95 -

Nombre del plan

PDSS

Fundamental

Superior

Royal

Max

Platinum

### Datos del Dependiente

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Parentesco

Cónyugue

Hijo(a)

Padre/Madre

Otro (indique)

Fecha Nacimiento

Nacionalidad

Dominicano (a)

Otro (indique)

Cédula

Pasaporte

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Parentesco

Cónyugue

Hijo(a)

Padre/Madre

Otro (indique)

Fecha Nacimiento

Nacionalidad

Dominicano (a)

Otro (indique)

Cédula

Pasaporte

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Parentesco

Cónyugue

Hijo(a)

Padre/Madre

Otro (indique)

Fecha Nacimiento

Nacionalidad

Dominicano (a)

Otro (indique)

Cédula

Pasaporte

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

Parentesco

Cónyugue

Hijo(a)

Padre/Madre

Otro (indique)

Fecha Nacimiento

Nacionalidad

Dominicano (a)

Otro (indique)

Cédula

Pasaporte

Firma del Empleado

Firma de Contratante

Sello