

Declaración de Salud

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

Transcurre normalmente? Sí 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

- | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardiacas | <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo(a) | <input type="checkbox"/> Tío(a) | <input type="checkbox"/> Otro (indique) |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo(a) | <input type="checkbox"/> Tío(a) | <input type="checkbox"/> Otro (indique) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo(a) | <input type="checkbox"/> Tío(a) | <input type="checkbox"/> Otro (indique) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo(a) | <input type="checkbox"/> Tío(a) | <input type="checkbox"/> Otro (indique) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo(a) | <input type="checkbox"/> Tío(a) | <input type="checkbox"/> Otro (indique) |
| <input type="checkbox"/> Afecciones de la Próstata | <input type="checkbox"/> Esposa | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Madre | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo(a) | <input type="checkbox"/> Tío(a) | <input type="checkbox"/> Otro (indique) |

Ha padecido alguno de sus dependientes alguna enfermedad o lesión durante los últimos tres meses? Sí 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? Sí 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