

**Datos Generales del Afiliado**

Nombre _____		Apellido _____	
Identificación _____	Fecha de nacimiento: _____	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Empresa _____		Número de Contrato _____	Familia _____
Plan Actual _____	Plan solicitado _____	Motivo o Razón de la Solicitud _____	

¿Cuándo consultó Ud. por última vez a un médico? \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

¿Fue algún síntoma, enfermedad o lesión la causa de la consulta?  Si  No

(En caso afirmativo de detalles completos. En caso negativo, dé la razón para la consulta y el resultado de ésta en el recuadro de Detalles ver al dorso.)

Nombre del Médico _____	Dirección Completa del Médico _____
-------------------------	-------------------------------------

**Datos de los Dependientes**

Nombre y apellido	Identificación	Fecha de nacimiento			Edad	Sexo	Parentesco	Ciudad de nacimiento
		Día	Mes	Año				

Historia familiar. (Nombre del familiar muerto por enfermedad)	Identificación	Edad a la fecha de muerte	Estado de Salud, si no es buena ¿De qué sufre?	Causa de muerte

Dé informaciones completas de las contestaciones afirmativas. Especifique las condiciones, severidad, fecha de duración y frecuencia de los ataques, efectos secundarios, nombre y dirección del médico, hospital o clínica donde haya sido atendido.

<p>1. ¿Se le ha cometido alguna vez a tratamiento por alcoholismo o afición a las drogas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. En los últimos cinco (5) años ha hecho uso de: Bebidas alcohólicas en exceso o hasta el punto de intoxicarse. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>3. ¿Barbitúricos, sedantes o tranquilizadores en forma habitual o ha usado morfina o drogas narcóticas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>4. ¿Ha estado usted alguna vez en un hospital, clínica, sanatorio o en alguna institución para observación, diagnóstico, operación o tratamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>5. ¿Le han sido tomados alguna vez Rayos X, electrocardiogramas, estudios sanguíneos o alguna prueba para diagnóstico? o ¿ha recibido transfusión de sangre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>6. A su más fiel saber y mejor entender, ha tenido Ud. alguna vez, o se le ha dicho que Ud. ha sufrido de:</p> <p>a. ¿Mareo, vahidos, epilepsia, crisis o trastornos nerviosos, dolores de cabeza agudos o cualquier enfermedad o desorden del cerebro o sistema nervioso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. ¿Asma, pituita o alergia, tos crónica, pleuresia, sangre en el esputo, tuberculosis, o cualquier enfermedad o desorden de los pulmones o sistema respiratorio. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>c. Fiebre reumática, presión sanguínea alta, angina de pecho, dolores en el pecho, sofocación, soplo cardíaco, hinchazón en las piernas o tobillos o cualquier enfermedad o desorden en el corazón o sistema nervioso. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>d. Ulceras estomacales o intestinales, cualquier enfermedad o desorden en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado, vecicula biliar o páncreas. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>e. ¿Nefritis, piedras en los riñones o cualquier enfermedad de los riñones, vejiga o próstata? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>f. ¿Anemia, artritis, reumatismo o cualquier enfermedad o desorden de la sangre, glándulas, espalda, espina dorsal, columna vertebral, coyunturas, huesos, músculos, piel u órganos genitales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>g. ¿Gota, diabetes, azúcar, albúmina o sangre en la orina? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>h. ¿Cáncer o tumor o úlcera de cualquier clase, sífilis o cualquier otra enfermedad venérea? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>i. ¿Várices, úlceras varicosas, flebitis o hernia de cualquier clase? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>j. ¿Alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos o garganta? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>	<p>7. Ha consultado Ud. o ha sido tratado o examinado durante los últimos 5 años: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>a. ¿Por algún médico y/o _____ <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. ¿Por cualquier causa no mencionada anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>8. Ha sido o está siendo analizado, tratado o informado de tener: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>(1) SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) o cualquier otro desorden inmunológico</p> <p>(2) Engrandecimiento de los nódulos linfáticos (Glándulas), enfermedad crónica, lesiones raras o persistentes de la piel o infecciones inexplicables. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. ¿Tiene Ud. en la actualidad alguna anomalía, deformación, enfermedad o desorden o está recibiendo tratamiento médico por alguna causa o está tomando medicina de cualquier clase? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>10. ¿Conoce su cifra de Tensión Arterial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                  si su respuesta es si ¿especifique? _____</p> <p>11. ¿Conoce su Peso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                  si su respuesta es si ¿especifique? _____</p> <p>12. ¿Conoce su Estatura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                  si su respuesta es si ¿especifique? _____</p> <p>13. Preguntas adicionales sólo para mujeres: a su más fiel saber y mejor entender, tiene Ud. o se le ha dicho en alguna ocasión que tuvo o tenía:</p> <p>a. ¿Cualquier tumor o enfermedad del pecho o senos, útero u ovarios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>b. ¿Pérdidas, abortos o complicaciones en algún embarazo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>14. Consume:</p> <table border="0" style="width:100%"> <tr> <td>Medicamentos</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Tabaco</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Café</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> <td>Alcohol</td> <td><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Medicamentos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tabaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Café	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Medicamentos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tabaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						
Café	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No						

Detalles: Si usted ha indicado 'si' en algunas de las respuestas anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

Punto No.	Nombre del solicitante	Tratamiento	Fecha DX o procedimiento	Nombre y dirección del médico y/o del hospital

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

Fecha de Aceptación:   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  
                                  Día    Mes    Año

\* Nota: Cualquier omisión de datos o información referente a un padecimiento, la empresa tiene la autoridad de reservarse el derecho de cobertura al momento de ser solicitado.

**UNIVERSAL S.A.** (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor en la fecha de aprobación de esta solicitud indicada por La Compañía. Usted está de acuerdo que todas las repuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según su conocimiento y entendimiento. Si hubiera alguna respuesta falsa en esta solicitud, el contrato podrá ser anulado por La Compañía, sin ninguna consecuencia legal en contra de esta.

Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía cualquier información incluyendo copias de registros respecto a cuidado o tratamiento proporcionado a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a La Compañía a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesarios a los fines de evaluación de crédito por parte de otras instituciones suscriptores de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de La Compañía y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal ni generará responsabilidad bajo los Artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, o por el suministro de información inexacta y prometiendo la sumisión de sus representantes, accionistas y demás causa habitantes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.