

Póliza: _____ Cert. No. _____

 Motivo de la Solicitud: Inclusión Asegurado Inclusión Dependiente

Solicitud Individual Últimos Gastos Plus
Datos del Titular

Nombres	Apellidos
Cédula: _____	Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: _____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Día Mes Año</small>
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre
Dirección: _____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Calle y número</small>	Apartamento y Edificio _____
_____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Sector</small>	_____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Ciudad</small>
Teléfono: _____	Celular: _____ Sueldo Mensual RD\$: _____
Correo electrónico: _____	
Empresa donde labora: _____ Teléfono: _____	
Fecha de Ingreso: _____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Día Mes Año</small>	Actividad de la empresa: _____

Datos de los Dependientes

No. Solicitante	Nombres y Apellidos	Cédula	Fecha de Nacimiento			Sexo	Parentesco
			Día	Mes	Año		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Antecedentes de los solicitantes

¿Algún solicitante sufre o ha sufrido de?:

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| | Sí | No | |
| 1. Cáncer, leucemia, tumores malignos o diabetes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Alteración en los riñones, vejiga, hígado, páncreas, estómago, pulmones. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Enfermedades mentales o nerviosas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Ha estado hospitalizado durante los últimos 5 años. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Otras enfermedades graves. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Especifique: _____

Si usted ha indicado "sí" en alguna de las preguntas anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

No. de Antecedente	Nombre del Solicitante	Diagnósticos y Tratamiento	Fecha	Nombre y Dirección del Médico y/o Hospital

