

Antecedentes médicos de los solicitantes (completar para cobertura adicional a PBS)

Según su conocimiento, alguna de las personas nombradas en esta solicitud ha padecido alguno de los siguientes síntomas y/o enfermedades:

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Si | No | | Si | No |
| 1. Deformidad, amputación o incapacidad física. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, fiebre reumática. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Tuberculosis, asma, bronquitis o cualquier otra enfermedad pulmonar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer o tumores malignos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Artritis, reumatismo, artritis deformativa, padecimiento en la espina dorsal, huesos, articulaciones o los músculos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cálculos y/o alteración en los riñones o en la vejiga. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. (Femenino) alteraciones o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, quiste en senos u otros órganos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Goiter, alteración en la tiroides o diabetes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. (Masculino) alteraciones en la próstata. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Epilepsia, gota, enfermedades mentales o nerviosas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Adicción a las drogas y/o alcohol, por la cual ha sido tratado y/o hospitalizado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Está embarazada, en caso afirmativo indicar período de embarazo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Alteración de la vesícula, del estómago, del hígado o los intestinos, páncreas, hernias, úlceras, hemorroides. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Otra _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Catarata u otra alteración de los ojos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

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

Punto No.	Nombre del solicitante	Diagnóstico y tratamiento	Fecha del diagnóstico o procedimiento	Nombre y dirección del médico y/o del hospital

Datos para contratos individuales

Formas de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Vía envío factura: Física Electrónica

Beneficios adicionales: Catastrófico Ambulancia Oftalmológico Muerte titular Exclusivo Dental * AeroAmbulancia: Alert Plus _____

Medicina ambulatoria monto _____ % Movi Alert _____

Tarifa _____ Últimos Gastos _____ Cesantía _____ Odontológico _____

Observaciones y/o condiciones especiales:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

* Aplica sólo para afiliados del Plan Exclusivo.

Nota: En caso de que no existan observaciones, colocar N/A (No Aplica).

UNIVERSAL (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.

____ Sucursal ____ Código ____ Promotor ____ Código ____ Supervisor ____ Código

____ Firma y sello Empresa ____ Firma del Titular Fecha: ____ Día ____ Mes ____ Año

Huella dactilar pulgar izquierdo del afiliado Huella dactilar pulgar derecho del afiliado