

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE O AFILIADO TITULAR (en caso de renovaciones)

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

NÚMERO DE CONTRATO (SÓLO PARA RENOVACIONES)

FECHA DE RENOCACIÓN O FECHA DE FIRMA DE LA SOLICITUD (MM/DD/AAAA)

CUESTIONARIO MÉDICO

¿Ha habido algún cambio en el estado de salud o alguno de los demás solicitantes o dependientes del contrato, desde la fecha de firmada la solicitud (para nuevos contratos en proceso) o de renovación hasta la fecha actual?

Cambios en el estado de salud, que incluyen cualquiera de los siguientes: hospitalizaciones, diagnósticos, embarazos, lesiones, de cualquier tipo, tratamientos médicos/quirúrgicos, rehabilitación, consumo de nuevos medicamentos, consultas a doctores y otros proveedores, condición o síntomas de alguna enfermedad o desorden.

SÍ NO

Si contestó "Si", por favor provea una explicación sobre cualquier modificación de su salud*:

Afiliado/Solicitante	Diagnóstico	Fechas (MM/DD/AAAA)	Nombre de Doctor

*En caso de tener dudas sobre si es necesario declarar alguna condición o sintoma, favor de consultar con su agente y/o La Compañía

DECLARACIÓN

¿Ha habido algún cambio en el estado de salud o alguno de los demás solicitantes o dependientes del contrato, desde la fecha de firmada la solicitud (para nuevos contratos en proceso) o de renovación hasta la fecha actual?

- Con mi firma en este certificado declaro en mi nombre y en nombre de todas las personas incluidas como dependientes; que todos estamos actualmente en buena salud de acuerdo a mi mejor entendimiento y conocimiento.
- Certifico que lo declarado anteriormente es información completa, verdadera y correcta que ha sido revisada y suscrita por mi de buena fe. Confirmando que he sido informado que este Certificado de Buena Salud debe ser evaluado y aprobado por La Compañía.
- Entiendo que cualquier engaño o falsa declaración, ya sea por referencia, omisión y otro motivo, resultará en la pérdida de la cobertura aprobada y/o la negación de los reclamos de beneficios.

FECHA (MM/DD/AAAA)

NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR / SOLICITANTE

FIRMA

AGENTE

FIRMA

CÓDIGO