

Formulario Cambio de Plan

<input type="checkbox"/> EXCLUSIVO <input type="checkbox"/> EXCLUSIVO PLUS <input type="checkbox"/> FAMILIAR <input type="checkbox"/> COLECTIVO	RADICACIÓN
---	------------

Datos generales del afiliado

NOMBRE COMPLETO		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> NSS	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	
SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre
EMPRESA	NÚMERO DE CONTRATO	FAMILIA
PLAN ACTUAL	PLAN SOLICITADO	MOTIVO O RAZÓN DE LA SOLICITUD

¿CUÁNDO CONSULTÓ USTED POR ÚLTIMA VEZ A UN MÉDICO?	¿FUE ALGÚN SÍNTOMA, ENFERMEDAD O LESIÓN LA CAUSA DE LA CONSULTA?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 DEL MÉDICO (Calle y número)	
BARRIO/SECTOR	CIUDAD/MUNICIPIO	EDIFICIO/TORRE

Datos de los dependientes

NOMBRE Y APELLIDO	NO. IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	CIUDAD DE NACIMIENTO	PARENTESCO
		Día	Mes	Año				
HISTORIA FAMILIAR. (NOMBRE DEL FAMILIAR FALLECIDO POR ENFERMEDAD)	NO. IDENTIFICACIÓN	EDAD A LA FECHA DE FALLECIDO	ESTADO DE SALUD SI NO ES BUENA ¿DE QUÉ SUFRE?	CAUSA DEL FALLECIMIENTO				

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"/> SÍ <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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3. ¿ha usado barbitúricos, sedantes, tranquilizadores, morfina o drogas narcóticas en forma habitual? <input type="checkbox"/> SÍ <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"/> SÍ <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"/> SÍ <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, vahídos, epilepsia, crisis o trastornos nerviosos, dolores de cabeza agudos o cualquier enfermedad o desorden del cerebro o sistema nervioso? <input type="checkbox"/> SÍ <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"/> SÍ <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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>d. Úlceras estomacales o intestinales, cualquier enfermedad o desorden en el estómago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula biliar o páncreas. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>e. ¿Nefritis, piedras en los riñones o cualquier enfermedad de los riñones, vejiga o próstata? <input type="checkbox"/> SÍ <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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>g. ¿Gota, diabetes, azúcar, albúmina o sangre en la orina? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>h. ¿Cáncer o tumor o úlcera de cualquier clase, sífilis o cualquier otra enfermedad venérea? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>i. ¿Várices, úlceras varicosas, flebitis o hernia de cualquier clase? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>	<p>j. ¿Alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos o garganta? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>7. Ha consultado Ud. o ha sido tratado o examinado durante los últimos 5 años:</p> <p>a. ¿Por algún médico y/o _____? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>b. ¿Por cualquier causa no mencionada anteriormente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>8. Ha sido o está siendo analizado, tratado o informado de tener:</p> <p>a. SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida) o cualquier otro desorden inmunológico) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>b. Engrandecimiento de los nódulos linfáticos (Glándulas), enfermedad crónica, lesiones raras o persistentes de la piel o infecciones inexplicables. <input type="checkbox"/> SÍ <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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>10. ¿Conoce su cifra de Tensión Arterial? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO si su respuesta es si ¿especifique? _____</p> <p>11. ¿Conoce su Peso? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>12. ¿Conoce su Estatura? <input type="checkbox"/> SÍ <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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>b. ¿Pérdidas, abortos o complicaciones en algún embarazo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>14. Consume:</p> <p>a. Medicamentos <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>b. Café <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>c. Tabaco <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>d. Alcohol <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p>
---	--

SI USTED HA INDICADO "SI" EN ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ANTERIORES, FAVOR COMPLETAR LAS SIGUIENTES INFORMACIONES:

PUNTO NO.	Nombre del solicitante	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	FECHA	NOMBRE TELÉFONO Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/O DEL HOSPITAL

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 una vez registrada la solicitud en el sistema. Usted está de acuerdo que todas las respuestas 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 relacionada médicamente, de proveer a La Compañía cualquier información, incluyendo copias de registros respecto a cuidados o tratamientos proporcionados a mí y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Así mismo autorizo, expresa e irrevocablemente a UNIVERSAL, S. A. 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 suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de UNIVERSAL, S. A. 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 causahabientes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

Firma del solicitante

Fecha de aceptación