

Datos del Solicitante

Nombre del Titular _____

Cédula: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
Día Mes Año

Teléfono Res. _____ Oficina: _____

Forma de Pago: Anual Semestral Trimestral Estatura: _____ Pies _____ Pulgs. Peso: _____ Lbs

Producto Gold + Med Healthcare

Deducible de US\$500 Deducible de US\$1000 Deducible de US\$2500 Deducible de US\$5000

Doy constancia que desde la fecha _____ estoy asegurado bajo la póliza de Seguro Médico Internacional No. _____ de la compañía de seguros _____ para lo cual solicito para mí y/o mis dependientes continuidad de cobertura.

Datos de los Dependientes

No. Solic.	Nombre y apellido	Cédula	Fecha de Nacimiento			Sexo F/M	Estatura Pies/Pulgadas	Peso Libras	Parentesco
			Día	Mes	Año				
1								Esposa (o)	
2								-- Hija (o)	
3								--- Hija (o)	
4								--- Hija (o)	
5								--- Hija (o)	

Antecedentes Médicos de los Solicitantes

A continuación notifico las condiciones y/o enfermedades padecidas desde la fecha de ingreso en mi póliza actual hasta el día de hoy.

Nombre Paciente	Diagnóstico/ Tratamiento	Nombre, teléfono y dirección del proveedor

Nota: En caso de no existir padecimiento alguno, agradeceremos informarlo en el formulario.

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 mí y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

 Solicitante

 Intermediario

Fecha _____
Día Mes Año